FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

année 1965 nº: 292

THESE

POUR LE

doctorat en médecine

DIPLOME D'ETAT

PAR

GUILLEMOT Nicole née VAGNER
le 11 Décembre 1938 à Lille (Nord)

Présentée et soutenue publiquement
le 13 Mai 1965

*

PROBLEMES POSES PAR LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES ALCOOLIQUES

*

Etude et résultats
pour les 262 cas examinés en 1963
par le Centre André Leveillé

Président: J. BOYER, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

année 1965 nº: 292

THESE

POUR LE

doctorat en médecine

DIPLOME D'ETAT

PAR

GUILLEMOT Nicole née VAGNER
le 11 Décembre 1938 à Lille (Nord)

Présentée et soutenue publiquement
le 13 Mai 1965

*

PROBLEMES POSES PAR LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES ALCOOLIQUES

*

Etude et résultats
pour les 262 cas examinés en 1963
par le Centre André Leveillé

Président: J. BOYER, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

15-12-1983

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (E.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534924_0013

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (R.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PRENANT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (D.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERKAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

MM.

Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

A MA MERE,

A MA GRAND-MERE,

A MON MARI,

A MES FILLES,

A TOUTE MA FAMILLE,

A MA BELLE FAMILLE,

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur BOYER
Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de la Santé Publique

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de nos
remerciements respectueux.

A nos Maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur BERLIOZ
Conseiller Technique Médical de la
Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de la Santé Publique

qui nous a permis de faire cette étude.

Il nous a apporté une aide précieuse par son enseignement au Certificat d'Etudes Spéciales d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, et par ses observations sur notre travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur KOMAROVER
Médecin-Chef du Centre de Reclassement Professionnel
"André LEVEILLE" de la Caisse Primaire Centrale
de Sécurité Sociale

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidée de ses précieux conseils tout au long de cette étude.

Il incarne pour nous le dynamisme qui règne en faveur des handicapés au Centre de Reclassement Professionnel André LEVEILLE.

Qu'il trouve ici nos remerciements pour la chaleur de son accueil.

A Monsieur LOUGE
Chef du Centre de Reclassement Professionnel
André LEVEILLE"de la Caisse Primaire Centrale
de Sécurité Sociale de la Région Parisienne

Qu'il veuille accepter le témoignage
de notre reconnaissance pour l'aide
si aimable qu'il a bien voulu nous
accorder.

A Messieurs et Mesdames les MEDECINS,
Aux TECHNICIENS et au PERSONNEL du Centre
de Reclassement Professionnel "André LEVEILLE"
et de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale
de la Région Parisienne

Qui ont bien voulu faciliter notre
travail.

A Monsieur le Docteur LE GO
Médecin en Chef de la Région du Nord
de la S.N.C.F.
Officier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur VALETTE
Médecin Principal de la Région du Nord
de la S.N.C.F.
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous montrer comment peut être menée une lutte efficace contre l'alcoolisme d'habitude dans le cadre d'une grande entreprise.

A Monsieur le Docteur PERTUSIER
Médecin de la S.N.C.F.

qui nous a autorisée à assister à sa consultation au Centre d'Hygiène Alimentaire de la Région du Nord.

A Mesdames les Assistantes Sociales
et infirmières de ce Centre

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos vifs remerciements.

A Monsieur CROZIER
Directeur du Foyer de Post-Cure de CHELLES

A Monsieur ROUCOU
Directeur du Curatorium de THUN

Qui ont eu l'extrême gentillesse de nous faire visiter leurs établissements et de nous commenter le sens de leur action.

Nous tenons tout particulièrement à remercier:

- Le Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme qui nous a si aimablement reçue et documentée.

- Le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme dont les informations nous ont été si précieuses.

- L'Association "La Santé de la Famille" en la personne de son responsable pour la région du Nord, Monsieur SPINNINGER, pour son aimable accueil.

- Les Cadres et Syndicalistes qui ont accepté de nous faire connaître leur point de vue.

- Tous ceux qui nous ont aidée dans ce travail.

- SOMMAIRE -

Pages

INTRODUCTION 1

Première Partie

L'AVIS des MILIEUX MEDICAUX, PROFESSIONNELS et SOCIAUX

CHAPITRE I.

EVOLUTION des IDEES sur la POSSIBILITE de GUERIR
et de RECLASSER les ALCOOLIQUES

I - L'alcoolisme au temps de l'Assommoir 6
II - L'opinion des médecins il y a un siècle 7
III - Découverte de la possibilité de guérir médicalement les alcooliques 8
IV - L'opinion actuelle des praticiens sur la possibilité d'un reclassement professionnel 9
V - Ce que pensent les spécialistes 12
VI - Le point de vue des psychiâtres 13
VII - Celui des "hygiènistes" 17
VIII - L'alcoolisme qui nous occupe 24
IX - L'optique des Cadres sur le reclassement Professionnel des éthyliques 25
X - L'attitude des employeurs 27

CHAPITRE II.

LE COUT des ALCOOLIQUES en FRANCE,
NE SERAIT-CE QUE POUR LA SECURITE SOCIALE,
REND IMPERATIF leur RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

- Un problème "bien de chez nous" 31
- Son incidence sur l'économie du pays 32
- Le coût direct de l'alcoolisme 33
- Le reclassement professionnel s'inscrit dans l'orientation constructive que l'on veut donner à la Sécurité Sociale.

Deuxième Partie

ETUDE AU CENTRE "ANDRE LEVEILLE"

Pages

CHAPITRE I.

PRESENTATION DU CENTRE - PRESENTATION de l'ENQUETE

I - Le Centre André Léveillé, ses méthodes, son esprit ... 38
II - Les documents utilisés 41
III - Choix de la population étudiée 46

CHAPITRE II.

DONNEES FOURNIES PAR L'ENQUETE

I - Présentation de la population étudiée 47
II - Etude analytique de 100 dossiers 63
III - Etude synthétique 145
IV - Cas particulier des femmes 160

CHAPITRE III.

POSSIBILITES pour les SUJETS à TRAITER

I - Cures de désintoxication 166
II - Post-Cures 167

CHAPITRE IV.

DIFFICULTES DU RECLASSEMENT PROPREMENT DIT
des SUJETS ENCORE "ACTIFS"

I - Rééducation 181
II - Placement direct 183

CHAPITRE V.

RESULTATS EN 1965 185

Troisième Partie

Pages

CHAPITRE I.

ERGOTHERAPIE contre SINISTROSE et "SYNDROME de la RENTE" 192

CHAPITRE II.

QUEL MEDECIN DOIT SUIVRE L'ALCOOLIQUE MEDICALEMENT GUERI ? 196

CHAPITRE III.

L'EXEMPLE de la S.N.C.F. 201

I - Le rôle du Centre d'Hygiène Alimentaire 202
II - La situation exceptionnelle des cheminots 206
III - Exemples de reclassement 208

CHAPITRE IV.

EFFICACITE de l'ACTION sur le PLAN PROFESSIONNEL

I - Lutte anti-alcoolique sur les lieux du travail 211
II - Possibilité d'une contribution des syndicalistes 214
III - Le rôle de certains journaux corporatifs 217

CHAPITRE V.

LES FORCES FAVORABLES

I - L'Action des pouvoirs publics 218
II - Le Haut Comité d'Etude et d'Information 218
III - Le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme 219
IV - Le rôle de la Sécurité Sociale 220
V - Les Associations d'Anciens Buveurs 222

Pages

CHAPITRE VI.

COURANTS CONTRAIRES

I - La fatigue pathologique 225
II - Influence du service militaire 227
III - L'attitude du corps médical 227
IV - L'exemple de la Suède:
Responsabilités des législateurs français 228

REMARQUES TERMINALES 231

CONCLUSIONS 234

o o

o

INTRODUCTION

DIFFICULTE, URGENCE ET INTERET DU PROBLEME.

De tous les handicapés physiques, l'alcoolique est sans doute le plus difficile à reclasser durablement sur le plan professionnel. Et cela pour trois raisons essentielles.

La première tient au manque de "caractère" de l'alcoolique, ce faible, cet instable qui n'a pu résister aux entraînements pernicieux qui ont provoqué sa déchéance.

La deuxième est la prévention de beaucoup d'employeurs qui ne croient guère à ce qu'ils appellent des "serments d'ivrognes" et qui restent persuadés qu'il n'y a pas à revenir sur l'expérience populaire exprimée par le dicton "qui a bu, boira".

La troisième est la grande difficulté de pouvoir établir après la cure et même après la post-cure cette fructueuse collaboration entre le malade guéri, le médecin, l'assistante sociale, la famille et surtout l'employeur et les compagnons de travail, sans laquelle les pires rechutes sont à craindre.

Sans reclassement professionnel, il ne saurait y avoir de guérison durable. En effet, une fois terminée la cure de désintoxication, la guérison est essentiellement une question de volonté.

Or, si le buveur médicalement guéri n'arrive pas à retrouver un travail qui lui assure un niveau de vie comparable au niveau antérieur, il restera à ses propres yeux, aux yeux de sa femme, de ses enfants, de son entourage, une épave sociale irrécupérable. Les rechutes les plus irrémédiables se produiront immanquablement. Tous les efforts qui auront été faits sur le plan strictement médical n'auront servi de rien. Il est donc essentiel que ce faible, ce convalescent, soit aidé pour se réhabiliter socialement.

A la bienfaisance privée, inégale, aléatoire, pour les malheureux privés de leur gagne-pain, le législateur a voulu substituer, pour tous les travailleurs handicapés, la notion de reclassement professionnel qui rend "à l'homme sa dignité et à la Nation son potentiel de production".

Il s'agit en effet, non seulement "de la conception d'une responsabilité collective, si noble soit-elle, vis-à-vis de l'individu, mais également de préserver un capital individuel et national dont chaque ressortissant d'une nation doit avoir le souci" (Revue du Praticien, supplément, 1.65).

Au delà de la conservation et du rétablissement de la santé, le véritable but que doit se proposer une médecine vraiment sociale est donc la réadaptation professionnelle du travailleur handicapé que la loi du 27 novembre 1957 a défini en ces termes:

" Toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de con-
" server un emploi sont effectivement réduites par suite d'une
" insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques
" ou mentales."

Pour la région parisienne, le Reclassement Professionnel des salariés assujettis à la Sécurité Sociale a été confié au Centre ANDRE LEVEILLE, 7 rue du Château d'Eau, Paris 10ème.

C'est sur les bases de travaux entrepris par ce centre que nous nous efforcerons, dans la présente étude, d'approfondir les problèmes particuliers posés par le reclassement professionnel des seuls alcooliques.

Si l'on se bornait à l'aspect purement numérique, on pourrait estimer qu'il s'agit d'un problème d'importance restreinte puisque sur 7.379 handicapés signalés au centre durant l'année 1963, on ne trouve que 262 alcooliques, soit une proportion de 3,55%.

Il y en a certainement davantage car nous ne pouvons tenir compte que des cas pour lesquels la diminution des "capacités physiques ou mentales", pour employer l'expression du législateur, nous a paru en relation directe avec l'alcoolisme du sujet. D'ailleurs, il semble bien que les cas signalés sont des cas extrêmes, pour lesquels toutes les autres tentatives de reclassement étaient restées vaines.

Dans la première partie, nous rappellerons comment, depuis l'époque où Zola écrivait l'Assommoir, les idées ont évolué sur la possibilité de guérir et de reclasser professionnellement les alcooliques.

Nous mentionnerons les diverses tendances qui se font jour actuellement dans les milieux médicaux selon que le problème est abordé par les psychiâtres ou les "hygiènistes" et signalerons l'importance d'obtenir une adhésion des employeurs, des cadres et de l'opinion, à cette idée que l'alcoolisme n'est pas un vice irrémédiable mais une maladie que l'on peut et que l'on doit guérir.

Les proportions alarmantes prises par l'alcoolisme en France et les charges de plus en plus lourdes que ce fléau représente pour la collectivité rendent plus actuelle que jamais la nécessité de convaincre chacun de l'importance de réhabiliter, socialement et professionnellement, les buveurs guéris.

Toute la seconde partie de la présente étude montrera qu'en dépit d'une action menée de longue date, les alcooliques pâtissent d'une cruelle insuffisance d'armement social spécialisé. La pauvreté quantitative des moyens de lutte existants, auxquels le Centre de Reclassement confie un nombre important de ses éthyliques, exige, des services et des organismes actuellement en place, une action difficile mais menée souvent avec courage et efficacité.

Nous analyserons en détail les 262 demandes de reclassement professionnel qui ont été examinées durant l'année 1963 par la Commission Technique d'Orientation dans les services du Centre André LEVEILLE.

Pour ces 262 cas, nous avons recherché en particulier l'influence des conditions socio-économiques de l'état physique et mental du sujet en égard aux possibilités de réinsertion sociale, en particulier au stade du reclassement professionnel.

A la lumière des renseignements recueillis par notre analyse, nous discuterons, dans la troisième partie, les résultats obtenus dans le cadre de la Sécurité Sociale, et nous comparerons les moyens employés avec ceux que permet la structure de grandes entreprises comme la S.N.C.F., ce qui permettra de dégager quelques-unes des conditions indispensables à la réussite d'un reclassement valable.

Lorsque nous tirerons les conclusions de cette étude, nous essayerons de répondre à la question que certains se posent: "les efforts déployés pour la guérison médicale, le reclassement professionnel et la réhabilitation sociale des alcooliques, aboutissent-ils à des résultats valables" ?

Toute cette énergie et cet argent dépensés ne devraient-ils pas, compte tenu du nombre assez restreint des alcooliques durablement guéris et reclassés professionnellement, aller plutôt à la prévention si vraiment "mieux vaut prévenir que guérir".

Le milieu professionnel est en effet le seul où le dépistage systématique permettrait, comme pour la tuberculose, d'enrayer le mal avant qu'il ne soit trop tard.

Ce dépistage préventif serait facilité si une collaboration pouvait s'instaurer spécialement à ce propos, dans le cadre professionnel, entre les médecins du travail, les employeurs, et les salariés eux-mêmes.

Si tout a été dit sur les alcoolismes, leurs définitions, leurs causes, leurs méfaits, leurs thérapeutiques, il ne semble pas que, jusqu'ici, ce problème ait été abordé sous l'angle du reclassement et de la prévention professionnels. Du moins ne connaissons-nous aucune thèse de doctorat en médecine sur ce sujet. D'où l'intérêt que nous avons apporté à la présente étude.

o o

o

PREMIERE PARTIE

Chapitre I

L'AVIS DES MILIEUX MEDICAUX, PROFESSIONNELS ET SOCIAUX.

EVOLUTION DES IDEES SUR LA POSSIBILITE DE GUERIR ET DE RECLASSER LES ALCOOLIQUES

I - L'ALCOOLISME AU TEMPS DE "L'ASSOMMOIR"

Il y aura bientôt un siècle que l'auteur de Rougon Macquart a magistralement peint la tragédie sociale et le drame intérieur de ceux qui, devant l'alcool, perdent progressivement toute résistance et se laissent aller jusqu'à la déchéance totale.

Dans ses résonnances profondes, cette peinture est toujours actuelle. Mais le grand romancier a décrit le mal comme étant irréversible et sans remède dans le milieu ouvrier de l'époque.

Il écrit dans la courte préface de "l'Assommoir" datée du 1er Janvier 1877:

> " J'ai voulu peindre la déchéance fatale (c'est nous qui soulignons) d'une famille ouvrière dans le milieu empesté de nos faubourgs. Au bout de l'ivrognerie et de la fainéantise, il y a le relâchement des liens de la famille, les ordures de la promiscuité, l'oubli progressif des sentiments honnêtes, puis, comme dénouement, la honte et la mort. C'est de la morale en action simplement."

Donc, pour Zola, les protagonistes du drame sont comme les héros des tragédies antiques, leur destin est marqué d'avance: ils perdent progressivement leur libre arbitre devant l'alcool. Pas de guérison et de réhabilitation possible. Toute la thèse du romancier est de montrer, au contraire, que la déchéance est "fatale".

Ainsi l'héroïne de "l'Assommoir", cette Gervaise, que Zola rend si attachante dans toute la première partie du livre et dont l'existence fut précisément gâchée par l'ivrognerie des hommes, sombre finalement elle-même dans la boisson.

Son mari, le zingueur Coupeau, qu'elle avait épousé sans amour pour la seule raison qu'effectivement il ne buvait pas avant l'accident de travail qui l'a momentanément désoeuvré, sera terrassé par l'alcoolisme et mourra à Ste Anne, après quatre jours de délirium tremens.

En cette seconde moitié du XIXème siècle, en ces temps où le "laisser faire, laisser passer", (avec tout ce que cela comportait de misère pour les vaincus sur le plan social) tenait lieu de doctrine économique, la déchéance physique et morale des alcooliques n'était que l'équitable sanction de la justice immanente - sinon céleste - envers le vice (ou le péché) d'ivrognerie.

C'est précisément pour scandaliser les "bien pensants" de l'époque que Zola écrivit "l'Assommoir" dont chaque page fait apparaître la responsabilité de la société d'alors.

Il précise dans sa préface, pour répondre à ses critiques:

" Je ne me défends pas d'ailleurs.
" Mon oeuvre me défendra. C'est une oeuvre de vérité, le premier
" roman sur le peuple, qui ne mente pas et qui ait l'odeur du
" peuple.
" Et il ne faut pas conclure que le peuple tout entier est mau-
" vais, car mes personnages ne sont pas mauvais, ils ne sont
" qu'ignorants et gâtés par le milieu de rude besogne et de mi-
" sère où ils vivent."

Retenons que, pour Zola, les hommes sont "gâtés" par l'environnement social et qu'il n'est pas de rédemption possible après une telle déchéance physique et psychique.

II - L'OPINION DES MEDECINS IL Y A UN SIECLE

Pour les médecins de l'époque, l'hérédité était un facteur important de l'alcoolisme, témoin la scène célèbre où, dans sa cellule matelassée de Ste Anne, le zingueur délire et tremble:

" Quand l'interne lui eût dit qu'elle était la femme du malade,
" il (le médecin-chef) se mit à l'interroger, d'un air de commis-
" saire de police:
" - Est-ce que le père de cet homme buvait ?
" - Oui, Monsieur, un petit peu, comme tout le monde.
" Il s'est tué en dégringolant d'un toit, un jour de ribote.
" - Est-ce que sa mère buvait ?
" - Dame! Monsieur, comme tout le monde, vous savez, une
" goutte par ci, une goutte par là ...
" Oh! la famille est très bien! ...

" Le médecin la regardait de son oeil perçant.

" Il reprit de sa voix brutale:

" - Vous buvez aussi vous ?

" Gervaise bégaya, se défendit, posa la main sur son coeur
" pour donner sa parole sacrée.

" - Vous buvez. Prenez garde, voyez où mène la boisson.
" Un jour ou l'autre, vous mourrez ainsi .....

" .. Et ce médecin qui l'avait menacée ...
" Vrai, elle croyait déjà avoir la maladie."

Zola rend malveillant à dessein le langage et l'attitude des médecins qui ne parlent que d'hérédité, alors que Zola "accuse" les facteurs sociaux.

Mais ni Zola, ni les médecins de l'époque n'estimaient que les alcooliques étaient médicalement guérissables et socialement récupérables.

o o
o

III - DECOUVERTE DE LA POSSIBILITE DE GUERIR MEDICALEMENT LES ALCOOLIQUES

On s'est contenté, durant de longues années, de traiter les effets et les complications de l'alcoolisme.

Les traitements pouvaient parfois atténuer progressivement les symptômes de l'alcoolisme chronique, mais ils ne modifiaient nullement le comportement alcoolo-maniaque des sujets traités.

Il fallut attendre 1930 pour que Miller pratique aux Etats-Unis les premières cures de dégoût basées sur les vomissements.

En 1934, Dent utilise l'apomorphine, et Feldman obtient des premiers résultats en 1939.

C'est au Danemark, en 1948, que Jacobson commence à employer l'antabuse.

En 1951, plusieurs médecins dont Picart et Liabot pensent à adjoindre au T.T.B. un complexe vitamine B., qui permet de compenser les accidents cardiaques, cérébraux et psychiâtriques qui avaient été déplorés jusqu'alors.

Grâce à ces acquisitions nouvelles, ce traitement des complications de l'alcoolisme est maintenant complété, dans toute la mesure du possible, par un sevrage du malade.

Sur le plan strictement médical, on peut donc dire que la guérison est possible. Encore faut-il que les malades puissent prendre conscience de la possibilité de guérir, qu'ils en aient la volonté et qu'on les y aide.

o o

o

IV - L'OPINION ACTUELLE DES PRATICIENS SUR LA POSSIBILITE D'UN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Encore faut-il aussi que ceux qui les soignent croient eux-mêmes à cette possibilité. Or, il ne semble pas que les médecins généralistes soient, de nos jours, dans l'ensemble, beaucoup plus optimistes que ne l'étaient les praticiens contemporains de Zola.

Nous avons relevé à ce propos dans le numéro du 28 janvier 1965 de la revue "Le Concours Médical" d'intéressants "propos sur l'alcoolisme à l'usage des médecins", exprimant l'opinion de 100 médecins généralistes tirés au sort, dans le bordelais (dont 60 pour Bordeaux et sa banlieue, et 40 pour la campagne).

Pour les médecins interrogés, l'alcoolique est défini comme un homme porteur de tares organiques déjà avancées puisqu'elles sont accessibles à l'examen clinique. L'alcoolique est un malade somatique profondément taré: 5 à 20% des consultants peuvent porter cette étiquette.

Il s'agit surtout d'hommes, leur âge se situe généralement entre 40 et 50 ans. Ils boivent essentiellement du vin rouge; la plupart consomment environ 4 litres par jour.

Sous l'angle de l'évolution des idées au regard de l'alcoolisme, il nous paraît particulièrement intéressant de relever dans ces "propos" quelles sont, pour les médecins interrogés, les motivations qui animent le buveur et l'incitent à boire encore.

" Le plus grand nombre de médecins (55%) laissent poindre
" leur découragement:
" il y a sans doute un fatum qui pèse sur certains êtres,
" le buveur boit parce qu'il subit la pression d'une tradi-
" tion familiale, nationale ou folklorique.

" Que dit l'alcoolique qui s'interroge sur les raisons qu'il a de
" boire ?

" Les praticiens placent en premier plan une image justificative
" de l'alcool et du vin: ils sont des aliments et donnent des
" forces.

" Leur consommation est une expression de la virilité ... Les au-
" teurs de l'article apportent ici leur point de vue ... il est
" juste de reconnaître que le vin et l'alcool portent en eux une
" vertu stimulante, donnant l'illusion de la puissance; il est
" également vrai que leur consommation provoque une euphorie qui
" favorise la communication sinon même la communion entre les hom-
" mes. Notre attitude devant les motivations de l'alcoolique devra
" donc être très nuancée: nous ne sommes pas ici devant un monde
" manichéen ...

" Quels sont les traits qui sont reconnus avec la plus grande fré-
" quence par les praticiens ?

" L'alcoolique est un faible: il est entraîné par les circonstances,
" par son milieu de vie. Il cherche dans l'alcool une compensation
" à ses échecs de ses relations avec sa famille, avec son milieu
" professionnel, avec le monde.

" L'alcoolique est un inachevé, un inadapté qui souffre et cherche
" dans le vin et l'alcool une euphorie que lui refuse la vie.

" L'alcoolique est un pauvre: il a dans la plupart des cas un tra-
" vail pénible, physiquement dur, sans agrément comme sans respon-
" sabilité. Il est mal logé, ne trouvant chez lui aucun des agré-
" ments qu'un homme du vingtième siècle peut légitimement désirer.
" Il cherche dans l'alcool l'oubli et la satisfaction.

" Pour 78% des praticiens à la ville et pour 65% à la campagne, il
" y a déchéance certaine de l'alcoolique sur le plan professionnel."

Les auteurs de ces "propos sur l'alcoolisme à l'usage des médecins" commentent en ces termes les résultats de leur enquête:

" Le praticien, tel qu'il nous apparaît, est peu orienté vers une
" vision préventive de l'alcoolisme puisqu'il ne le définit que
" comme une maladie organique grave. L'alcoolisme est défini en
" termes cliniques et non en termes de consommation.

" L'alcoolique est aux yeux du praticien un grand buveur: trois
" ou quatre litres ou même davantage.

" Les praticiens tracent des motivations de l'alcoolisme un tableau
" d'une grande variété qui reflète la richesse de leur expérience.
" On ne peut s'empêcher de remarquer l'accent mis sur l'aspect quasi-
" fatal du poids de la tradition et des mythes sociaux, ce qui a
" pour conséquence un certain pessimisme (qu'il ne s'agit ni de nier
" ni de critiquer) dans les résultats du traitement éventuel.

Cette dernière remarque nous semble particulièrement révèlatrice de l'état d'esprit actuel des praticiens devant l'alcoolisme et la possibilité d'y remédier.

Prenons, nous aussi, ce sondage d'opinion des médecins comme une donnée de fait, sans vouloir porter un jugement de valeur. Constatons seulement qu'en 1965, ceux dont le métier, dont la mission est de guérir et de prévenir l'alcoolisme, sont eux-mêmes sceptiques sur les remèdes.

Une telle constatation rejoint d'ailleurs ce que déplorent tous les spécialistes de l'alcoolisme qui s'efforcent de persuader les malades qu'après la cure ou la post-cure il faut observer une abstinence totale vis-à-vis de l'alcool, tandis que les médecins-traitants, lorsqu'ils ne sont pas familiarisés avec ces questions, disent volontiers aux malades qu'ils peuvent recommencer à boire modérément.

Le font-ils pour paraître "tolérants" ou par ignorance ?

Au risque de paraître moi-même avoir été une étudiante peu attentive, il me faut reconnaître que, durant mes six années de médecine, et avant de préparer les certificats d'hygiène et de médecine du travail, mon attention n'a pas été attirée, pas plus que celle de mes collègues que j'ai pu consulter, sur la nécessité de recommander aux buveurs en voie de guérison une abstinence totale et rigoureuse.

Le Docteur GIBON, actuellement médecin généraliste au Curatorium de Thun, confesse:

" Je ne croyais pas, au début, possible de guérir les alcooliques,
" mais les premiers résultats positifs m'ont convaincu du contraire."

Il reste donc encore beaucoup à faire pour améliorer les idées que se font les praticiens sur la possibilité de guérir les alcooliques et l'importance des prescriptions données par les spécialistes pour obtenir des résultats durables.

Le Docteur PAUMELLE a pu écrire:

" Si quelque chose doit changer d'abord, ce n'est pas l'alcoolique
" (il est éternel), mais bien notre manière de l'éprouver, de le
" considérer. Autrement dit, c'est nous, médecins et assistantes so-
" ciales, qui devons d'abord guérir de nos préjugés avant de préten-
" dre guérir les malades alcooliques."

C'est à une conclusion identique qu'est arrivé le Professeur Agrégé Jean LEREBOULLET dans une étude sur la désintoxication alcoolique (rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien):

" Le médecin praticien pourrait jouer un rôle beaucoup plus important,
" S'il ne le joue pas actuellement, et cela n'est pas discutable,
" c'est qu'il n'est pas éduqué, et que la désintoxication alcoolique
" lui paraît une utopie". (Revue du Praticien 1.2.1964, p. 457)

o o

o

V - CE QUE PENSENT LES SPECIALISTES

Quant aux débats sur l'alcoolisme entre spécialistes, ils se poursuivent toujours: c'est que le problème n'est pas simple et que l'évolution des idées n'est pas terminée.

Lorsque l'on passe en revue les définitions que les spécialistes donnent de l'alcoolisme, on est frappé par les nuances et même par les différences que peuvent proposer les différents auteurs selon qu'il s'agit de psychiâtres ou d'hygiènistes.

La classification étiologique des alcooliques a d'ailleurs toujours été influencée, à travers tous les auteurs par "un concept qui répond à la réalité, bien que parfois il ait été formulé d'une façon inadéquate: l'existence d'un type de buveur "habituel" socialement conditionné et celle d'un buveur "névrosé" pour des motifs personnels".

o o

o

VI - LE POINT DE VUE DES PSYCHIATRES

Le regretté Docteur H. DUCHENE, Médecin-Chef d'Hygiène Mentale à la Préfecture de la Seine, avait signé dans les numéros 6 et 9, année 1964, de la revue "Vie Sociale" (Cahiers de CEDIAS. Musée Social, 5, rue Las Cases, Paris VIIème), un intéressant article intitulé "Difficultés d'une définition de l'alcoolisme" qui commence par cette phrase:

" Chacun sait ou croit savoir dans les milieux médico-sociaux que
" le problème de l'alcoolisme est l'un des plus importants de la
" médecine sociale en France.

L'auteur ajoutait:

" Au premier abord, il paraît saugrenu de mettre en question une
" définition de l'alcoolisme. Il semblerait que tout le monde com-
" prenne aisément ce terme et le sens commun fournirait sans doute
" une formule telle que: l'alcoolisme est l'ingestion habituelle
" de boissons alcoolisées en quantités nocives."

Après avoir souligné qu'à son avis "l'alcoolisme ne dépend ni de la quantité des boissons alcoolisées offertes", le Docteur DUCHENE écrivait:

" S'il suffisait, comme le croient encore trop de médecins, de re-
" médier aux troubles du foie précirrhotique ou à toute autre com-
" plication pour guérir l'alcoolique, nous n'aurions pas tant de
" difficultés à empêcher ces malades de rechuter.

" En fait, les travaux qui ont véritablement rénové cette question
" de l'alcoolisme depuis la dernière guerre ont tous souligné com-
" bien le phénomène le plus important était ce trouble du comporte-
" ment qui pousse certains sujets à dépasser les doses de vin ou
" d'autres boissons alcoolisées qu'ils peuvent tolérer.

" C'est dans ce sens que Pierre FOUQUET a donné la meilleure défini-
" tion, déclarant: c'est la perte de la liberté du contrôle de la
" consommation des boissons alcoolisées."

" C'est le comportement spécial que Paul PERRIN a proposé d'appeler
" alcoolomanie, terme qui ne semble pas retenu pour diverses raisons
" mais qui se définit fort heureusement par le critère donné par
" Pierre FOUQUET."

Le Docteur DUCHENE soulignait le fait qu'il existe des alcoolismes et non un alcoolisme et insistait sur la diversité des facteurs étiologiques:

" En ce qui concerne l'hérédité, il rappelle la conclusion de BRUGGE
" inversant la formule traditionnelle:

" La descendance des alcooliques n'est pas tarée du fait de l'alcoo-
" lisme, mais l'alcoolisme apparaît comme l'une des manifestations
" d'une lignée déjà elle-même tarée au point de vue neuro-psychiâ-
" trique."

Il ajoutait:

" Il faut retenir dans les éléments constitutionnels, une orienta-
" tion soit vers les troubles gastro-hépatiques, soit vers les trou-
" bles psychiâtriques. Dès 1934, DUBLINEAU soulignait l'opposition
" entre l'alcoolique d'hôpital général et l'alcoolique d'hôpital
" psychiâtrique. Les considérations d'ordre alimentaire ou carentiel
" ne suffisent pas à expliquer ces formes très différentes d'évolu-
" tion que prend l'alcoolisme chez les individus."

Insistant sur les facteurs psychiâtriques de l'alcoolisme, le Docteur DUCHENE indiquait qu'aucun facteur psychologique classique n'est véritablement spécifique de l'intoxication alcoolique, et signalait en particulier deux types de perturbations affectives très fréquentes: les troubles de la virilité et les tendances dépressives:

" Dans nos civilisations européennes et américaines, la notion de
" tenir le coup" signifie aussi bien la virilité de celui qui est
" capable de se montrer très énergique que le fait de pouvoir boire
" beaucoup sans manifester de troubles évidents. Si vous vous repor-
" tez aux romans policiers, vous savez combien le "dur", qu'il s'a-
" gisse du détective ou du gangster, avale de verres de whisky à
" chaque page, de même qu'il collectionne les aventures féminines...
" Le don juanisme est généralement un manque de maturation virile,
" les hommes qui collectionnent les aventures féminines sont, la
" plupart du temps ceux qui, anxieux de leur virilité, essaient de
" se la prouver par des succès nombreux mais jamais suffisants à leur
" gré.

" Dans une recherche de l'Institut National d'Hygiène, nous avions
" pu montrer que les consultants pour alcoolisme sont, d'une façon
" beaucoup plus fréquente que la population générale, les époux de
" femmes beaucoup plus âgées qu'eux.

" Ce qui est très significatif, c'est que la plus grande fréquence
" de suicides chez les alcooliques semble également s'observer chez
" les alcooliques désintoxiqués. Un assez grand nombre d'autres con-
" sidérations permettent de considérer bien souvent l'alcoolisme
" comme un comportement auto-destructif, une sorte de forme lente
" de suicide non seulement par la maladie et la mort auxquelles il
" aboutit, mais par cette forme plus raffinée mais plus terrible en-
" core d'auto-destruction qu'est la déchéance sociale."

Le Docteur DUCHENE rappelait que Dostoïevsky faisait dire à son ivrogne dans "Crime et Châtiment":

" Je bois parce que je veux souffrir doublement, je souffrais déjà
" à cause de mes sentiments de culpabilité, maintenant je souffre
" de plus en plus à cause de mes actes, à cause de mes excès de
" boisson par le moyen desquels je me punis moi-même."

Il insistait sur les "impulsions" pathologiques à peu près irrésistibles à la base de l'alcoolisme". Parlant de caractère agressif de certaines rechutes, il écrivait:

" L'alcoolique recherche alors, soit une sorte d'équivalent du sui-
" cide, soit une possibilité d'atteindre affectivement l'entourage,
" le médecin, l'assistante sociale, en les privant de la satisfac-
" tion de sa guérison."

Dans sa classification proposée en 1951, le Docteur FOUQUET proposait pour sa part trois catégories d'alcooliques:

a) les alcoolites: bons vivants avec un minimum ou une absence totale de sentiment de culpabilité. Gros mangeurs, buvant surtout du vin, avec bonne tolérance, du moins jusqu'à la quarantaine.

Il s'agirait d'une alcoolisation chronique par fléchissement de la tolérance ou création d'un état de besoin du fait de l'accoutumance à une mauvaise hygiène alimentaire. Ce serait le cas de 45% des alcooliques chez les hommes et seulement 1% chez les femmes.

b) Les alcooloses, buvant des alcools sans goût réel avec un sentiment de culpabilité, souvent seul ou en cachette. Les premiers troubles apparaîssent entre 20 et 40 ans.

Ce groupe comprendrait 45% des alcooliques chez les hommes et 80% chez les femmes.

c) Les somalcooloses, ingérant n'importe quelle boisson alcoolisée de façon solitaire et clandestine, avec un dégoût complet de l'alcool et un sentiment intense de culpabilité.

Ce groupe comprendrait 5% des hommes et environ 15% des femmes alcooliques.

Parlant du choix des malades pour les cures de désintoxication alcoolique, telles qu'il a pu les pratiquer depuis 12 ans, sur 8.000 alcooliques à l'hôpital de Bicêtre, le Professeur agrégé Jean LEREBOULLET estime également qu'il faut bien distinguer parmi les alcoolismes ceux d'origine névrotique et insiste sur la difficulté beaucoup plus grande de guérir les intéressés:

" Le malade doit être volontaire, ou tout au moins consentant.
" L'état somatique du malade doit être satisfaisant et nous devons
" éliminer ceux qui présentent une atteinte organique sérieuse.

" L'état psychique nécessite également une étude sérieuse, et les
" cas où l'alcoolisme constitue une réaction secondaire, une sorte
" de refuge, soit en raison de préoccupations familiales, soit au
" cours d'un état dépressif, doivent être sérieusement dépistés
" car ils nécessitent une surveillance psychiâtrique.

" Dans le second cas, une suppression trop brusque du soutien arti-
" ficiel que constitue l'intoxication peut aboutir, à titre excep-
" tionnel d'ailleurs, au suicide. De tels alcoolismes d'origine né-
" vrotique sont fréquents chez la femme. Ils sont d'ailleurs par-
" ticulièrement rebelles." (Revue du Praticien 1.2.1964, p. 453)

Le Docteur B. ELISSADE, assistant des Hôpitaux de Paris, a insisté sur la dualité du comportement des éthyliques:

" Les traits les plus frappants sont:
" l'instabilité affective et caractérielle, le fléchissement de la
" volonté, la baisse du sens moral, le renforcement de certaines
" tendances morbides; en particulier la jalousie, l'égoïsme. On
" connaît le comportement gai et jovial de l'alcoolique chronique
" avec ses camarades de travail; comportement qui contraste avec le
" caractère impulsif et brutal de sa conduite avec les siens. Irri-
" table, jaloux, égoïste jusqu'à devenir parfois un véritable tyran
" familial, il est l'instant d'après, pleurnichard, plein de bons
" sentiments, de promesses et de repentirs, appuyant ses dires sur
" les serments d'ivrogne dont la sagesse populaire a consacré l'ina-
" nité. L'intelligence, le raisonnement et le jugement pendant long-
" temps conservés ..."

Cette intéressante description des "stigmates psychiques de l'alcoolisme chronique" montre que, même s'il s'agit au début d'un alcoolisme d'habitude, le psychisme du sujet est rapidement concerné, ce qui rend difficile dans chaque cas de déterminer s'il y a prédominance névrotique ou prédominance somatique.

o o

o

VII - LE POINT DE VUE DES "HYGIENISTES"

Sans nier qu'un certain nombre de cas relèvent effectivement et essentiellement de la psychiâtrie, certains milieux médicaux tendent à ramener l'attention sur le fait que l'alcoolisme chronique est le plus généralement une conséquence directe d'une mauvaise hygiène alimentaire. L'alcoolisme serait le résultat d'un phénomène d'accoutumance progressive qui crée un véritable état de besoin, analogue à celui que l'on observe par exemple chez les fumeurs.

L'importance de ce phénomène est particulièrement évidente en France ainsi que le remarque Monsieur LEREBOULLET (revue du Praticien, 1.2.1964, page 355):

" Qu'est-ce en effet que l'alcoolisme ?
" Une intoxication, bien sûr; ce terme ne reflète cependant qu'un
" des aspects du problème et n'est strictement exact qu'en ce qui
" concerne l'alcoolisme aigu. Ce qui fait la gravité de l'alcoolis-
" me, c'est qu'au bout d'un certain temps il devient une véritable
" toxicomanie.

" Le problème se complique du fait qu'il n'existe pas un alcoolisme,
" mais des alcoolismes. On peut opposer avec JELLINEK deux grandes
" catégories d'alcoolisme. L'alcoolisme des pays anglo-saxons est
" à base psychologique, sinon psychiatrique; la dépendance vis-à-
" vis de l'alcool est dans ce cas une "perte de contrôle", c'est-
" à-dire une impossibilité de s'arrêter de boire avant l'ébriété,
" alors que le sujet peut rester plusieurs mois sans boire.

" L'alcoolisme des pays viticoles est un alcoolisme d'habitude où
" le sujet peut ne jamais s'enivrer mais ne peut pas s'abstenir,
" fut-ce une journée, de boire de l'alcool. Même dans notre pays,
" l'alcoolisme revêt des formes assez différentes selon les régions."

" Les facteurs psychiâtriques ne sont pas à négliger; ils sont ce-
" pendant, dans notre pays, beaucoup moins importants que dans les
" pays anglo-saxons."

Si le deuxième Congrès National sur l'alcoolisme, qui s'est tenu à Rouen les 23 et 24 février 1963, sous les auspices du Comité National de Défense contre l'alcoolisme, a pris pour thème:

" Alcoolisme = Erreur alimentaire "

c'est pour bien montrer qu'une meilleure hygiène alimentaire permettrait de ramener l'alcoolisme en France aux proportions et aux caractéristiques qu'il a dans beaucoup d'autres pays.

Dans une conférence faite en mars 1960, Madame Lucie RANDOUIN, de l'Académie de Médecine, avait défini l'alcool comme une substance de déséquilibre alimentaire.

" Nous avons donné le nom de substances de déséquilibre à ces subs-
" tances que le corps ne peut utiliser normalement qu'en quantités
" limitées, contrairement à ce qui se passe avec d'autres substan-
" ces couramment employées, pour lesquelles le seuil d'utilisation
" est beaucoup plus élevé, dans les conditions évidemment d'un
" équilibre alimentaire satisfaisant." ..... "L'alcool comme le
" lactose, comme le sorbitol, n'est supporté par l'organisme que
" s'il est consommé dans une proportion bien déterminée, faible
" par rapport au poids de la ration quotidienne totale. S'il est
" pris hors des repas ou si la dose normale est dépassée, il y
" aura intoxication, laquelle peut rester longtemps inapparente."...
" Ce qui est mauvais pour la santé, c'est la répétition quotidienne
" d'une même faute alimentaire."

" Il est particulièrement intéressant de constater, du point de
" vue de notre étude, que c'est la répétition de cette faute ali-
" mentaire qui conduit au déclassement professionnel un grand nom-
" bre de travailleurs."

Une enquête a été effectuée durant l'été 1961 par le Professeur Hugues GOUNELLE, de l'Académie de Médecine, et Madame M.A. POINTEAU-POULIQUEN, assistante au Centre de recherche Foch. Etudiant le comportement alimentaire des travailleurs du Bâtiment dans la région parisienne, elle a permis d'estimer à 22% les calories fournies par les boissons alcoolisées dans la ration alimentaire. Il n'est tenu compte que des boissons prises pendant les seuls repas, pas des boissons prises au cours de l'après-midi. Comment expliquer ce pourcentage impressionnant ?

" C'est évidemment pour ces travailleurs une nécessité physiolo-
" gique de boire beaucoup; les pertes liquidiennes par sudation
" et évaporation peuvent dans leur cas atteindre plusieurs litres
" par jour... Or ces travailleurs estiment que la boisson idéale
" est le vin, car en même temps qu'elle les désaltère, elle masque
" momentanément leur fatigue.

" De plus, ils considèrent l'alcool, non seulement comme une bois-
" son, mais aussi et surtout comme un aliment: ils comprennent
" certes la nécessité d'un fort apport calorique pour compenser
" leurs pertes énergétiques, mais rangent précisément les boissons
" alcoolisées au nombre de ces aliments qu'ils estiment indispensa-
" bles ...

" Il en résulte pour les ouvriers du bâtiment, une notion bien
" établie, c'est que plus on travaille, plus on doit boire."

Une notion intéressante introduite récemment par les "hygiènistes" est que, si la quantité de liquide doit dépendre du travail effectué, la quantité d'alcool que l'individu peut ingérer est fonction de son poids.

La règle jusqu'ici généralement admise était qu'il faut:

" se contenter d'une ration quotidienne d'alcool qui, consommée au
" cours des repas, ne doit pas, convertie en vin à 10°, dépasser un
" litre pour les manuels, un demi-litre pour les femmes et gens de
" bureau." (Docteur GODARD, Revue du Praticien, 1.2.1964, p. 438).

Une autre règle a été suggérée par Louis FAUROBERT, au carrefour n° 2 tenu à Rouen les 23 et 24 février, tendant à proportionner la quantité d'alcool tolérable avec le poids de l'individu:

" La part de boissons alcoolisées tolérable n'est nullement fonction
" du travail, mais fonction du poids, qui lui n'est pas proportion-
" nel à ce travail. Le corps humain, celui du travailleur par consé-
" quent, ne peut utiliser sans danger qu'un centimètre cube d'alcool
" pur par jour et par kilogramme."

Cette règle peut être traduite au public en disant que chacun peut ingérer au maximum un degré par dix kilogs de poids. Un individu de soixante kilogs par exemple devrait se limiter au total chaque jour à un demi litre de vin à 12°, quelle que soit la nature de son travail.

Louis FAUROBERT a en particulier stigmatisé (Alcool ou Santé n° 3 et 4 de 1963) les inconvénients de ce repas appelé "casse-croûte" et qui est actuellement encore l'expédient utilisé par la presque totalité des travailleurs:

" Nous n'apprendrons rien à personne en rappelant que ce sacro-saint
" casse-croûte est composé chez nous d'une grande quantité de pain,
" généralement trop frais, de charcuterie, la plupart du temps trop
" grasse et trop épicée, parfois d'un peu de fromage, et d'un litre
" de vin rouge. C'est là le contenu type de la musette de la presque
" totalité des travailleurs."

Ayant souligné les troubles, notamment digestifs, que peut provoquer cette méthode d'alimentation, et démontré que l'exercice de certains métiers procède d'un caractère véritablement "sportif", Louis FAUROBERT en déduit que:

" La musette et la bouteille des travailleurs doivent contenir les
" mêmes aliments et les mêmes boissons que la musette et le bidon
" de Bobet quand il gagnait le tour de France ou Bordeaux-Paris.
" Voilà le principe dont l'application permettra au travailleur:

" - de se nourrir suffisamment au cours de la pause casse-croûte,
" - de ne pas altérer, à la longue, sa santé,
" - de ne pas compromettre, dans l'immédiat, sa sécurité (casse-
" croûte sans alcool)."

Mais la plupart des travailleurs de force considèrent encore le vin comme un aliment indispensable.

Au congrès de Rouen, le Docteur Jean TREMOLIERES, Chef de la Section de Nutrition de l'Institut National d'Hygiène, a pris position sur ce problème longtemps controversé.

" Nous appellerons aliment une denrée qui apporte des nutriments,
" qui présente un "tonus émotif" qui la rend désirable par nos sens,
" et enfin qui a pris une valeur socio-économique, c'est-à-dire
" est consommable en société.

" Les boissons alcoolisées répondent manifestement aux deux derniers
" groupes de critères. Elles sont désirées et se consomment en so-
" ciété. Apportent-elles des nutriments ? C'est-à-dire des substan-
" ces qui nourrissent nos cellules ?"

Le Docteur TREMOLIERES donne la réponse suivante:

" Honnêtement, la bonne utilisation physiologique de l'alcool à
" dose adéquate oblige à le considérer comme une source de calories
" utilisables, donc comme un nutriment.

" Mais il faut préciser aussitôt qu'il n'est un nutriment qu'ingé-
" ré en quantité inférieure à 100 gr. environ par 24 heures chez
" l'homme et 73 gr. chez la femme et que, dans les conditions en-
" core imparfaitement connues d'accoutumance, de malnutrition, d'as-
" sociation de déséquilibre endocrinien, il est toxique à doses plus
" faibles."

Il souligne encore que:

" Ce type d'aliment ne doit ni ne peut remplacer les aliments com-
" plexes usuels. Il ne peut être ingéré sans danger que si la ra-
" tion alimentaire est "normale par ailleurs"

" Les boissons alcoolisées usuelles ne peuvent en aucun cas être
" considérées comme des aliments usuels s'incorporant dans nos
" tissus.

" Ce ne sont pas des aliments usuels. Ce sont des aliments qui,
" du fait de leur seuil de toxicité relativement bas, de leur ca-
" rence en substance de protection et leurs effets euphorisants,
" sont à ranger dans une catégorie spéciale, celle des aliments
" stupéfiants, excitants, modifiant d'une façon encore mal connue
" le fonctionnement de nos celluïes nerveuses" ..... "tranquilli-
" sants".

" Or, c'est bien comme "aliment usuel" que le vin est utilisé par
" un grand nombre de français, et cela depuis le plus jeune âge,
" ce qui explique que de jeunes travailleurs puissent déjà présen-
" ter les signes d'une véritable imprégnation éthylique."

Monsieur le Docteur VALETTE, Médecin Principal de la S.N.C.F. (Région Nord), lorsqu'il a bien voulu nous recevoir en février 1965, pour nous expliquer le grand intérêt apporté, par les services médicaux de la région nord des chemins de fer, au problème déterminant de l'hygiène alimentaire, nous a indiqué le moyen qu'il applique souvent pour se faire une opinion de l'imprégnation éthylique des jeunes candidats à une carrière ferroviaire:

" Après avoir examiné les différents signes cliniques que peut pré-
" senter le malade, j'ai l'habitude de lui poser les questions sui-
" vantes:

" - Etes-vous d'une famille nombreuse ?
" La réponse est le plus souvent "oui". Elle va permettre
" d'enchaîner la deuxième question:

" - A quel âge met-on dans votre famille les enfants à table ?
" La réponse est variable, mais dans les milieux modestes,
" il est d'habitude que les enfants soient mis à table avec
" les grandes personnes dès l'âge de 1 ou 2 ans.

" Je leur demande alors:

" - Qu'y avait-il à boire sur la table familiale ?
" La réponse est encore variable:
" du vin, s'il s'agit d'un jeune du midi,
" du cidre, s'il s'agit d'un jeune originaire de la Normandie,
" de la bière le plus souvent dans le Nord,

" - Bien entendu, quelquefois plusieurs de ces boissons en même temps.

" Ma question est alors la suivante:

" - Y avait-il autre chose à boire sur la table ?
Le plus souvent, on me répond d'un air étonné "Non" et après réflexion "non"

" J'insiste alors:

" - Y avait-il de l'eau sur la table, en particulier pour les enfants ?
Et la réponse est le plus souvent négative.

" Voilà donc des jeunes gens qui, dès leur plus jeune âge, ont pris l'habitude de boire exclusivement, pour étancher leur soif, des boissons alcoolisées, c'est-à-dire peu en période hivernale et beaucoup en période de chaleur. Comment voulez-vous qu'à l'âge de 18 - 20 ans, ils ne présentent pas déjà des stigmates évidents d'imprégnation éthylique."

Le Docteur VALETTE nous a ensuite exposé comment, dans le cadre de la région nord de la S.N.C.F., un dépistage systématique de l'alcoolisme est effectué en insistant sur la supériorité du dépistage psychotechnique qui apporte en même temps la quasi-certitude de l'intoxication.

L'originalité de la conception de la lutte anti-alcoolique telle que la conçoit le Docteur VALETTE est de l'inclure dans le problème d'hygiène alimentaire puisque, dans le cas considéré de la S.N.C.F., les deux tiers des buveurs peuvent être considérés comme des alcooliques d'entraînement et d'habitude par mauvaise éducation, par mauvais exemple ou habitudes sociales.

Pour la thérapeutique, la base essentielle est la prise de conscience qui logiquement doit aboutir au régime, au sevrage. Il importe surtout de convaincre le personnel médical lui-même et les cadres que le mal n'est pas sans remède et peut aboutir même à une revalorisation professionnelle du malade.

Pour lui, la preuve a donc été apportée que non seulement la guérison des buveurs, notamment s'il s'agit d'un alcoolisme résultant d'une mauvaise hygiène alimentaire, est possible, mais que leur reclassement professionnel peut donner, lorsqu'il est bien concerté, des résultats jusqu'ici insoupçonnés.

VIII - L'ALCOOLISME QUI NOUS OCCUPE

Nous retiendrons de cet exposé sur l'avis des spécialistes de l'alcoolisme qu'il existe plusieurs catégories d'alcooliques et que chacune implique une thérapeutique propre.

Entre l'alcoolisme à prédominance psychiâtrique et celui à prédominance hépato-digestive qui préoccupe surtout les "hygiènistes", il va sans dire que celui qui nous intéresse, sous l'angle de la présente étude, ce n'est pas celui qui fournit à Dostoïevsky ou Christiane de Rochefort les "héros" les plus désespérés, mais celui dont souffre la masse des alcooliques français, victimes d'une mauvaise hygiène alimentaire.

C'est en effet dans cette masse que l'on peut espérer trouver le plus de sujets "récupérables" pour la société.

Quant à ceux qui trouvent un plaisir malsain à oeuvrer à leur propre malheur, on se souvient que Dante les plaçait au plus profond de son Enfer. Ce n'est pas la Sécurité Sociale qui pourra les en sortir.

L'ESPRIT QUI ANIME LE CENTRE "ANDRE LEVEILLE"

Est-il besoin de préciser que l'évolution des idées sur la possibilité de guérir médicalement et de reclasser professionnellement les buveurs guéris trouve son accomplissement dans l'esprit qui anime tout le personnel médical et para-médical du Centre "André LEVEILLE" dont le rôle est précisément de mettre en oeuvre le reclassement social des handicapés physiques et mentaux.

Chacun y est convaincu que des résultats très satisfaisants pourraient être obtenus, en ce qui concerne les malades alcooliques, si un dépistage systématique pouvait être mis en oeuvre, notamment sur le plan professionnel, afin que le centre puisse réellement faire oeuvre constructive, alors qu'il reçoit souvent trop tard des dossiers de cas désespérés relatifs à des épaves sociales irrécupérables.

IX - L'OPTIQUE DES CADRES SUR LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES ETHYLIQUES

Nous venons de constater que l'optique de certains milieux médicaux commence seulement à évoluer sur la possibilité de guérir durablement et de reclasser professionnellement les buveurs d'habitude. Mais en est-il de même pour les employeurs et les cadres ?

Nous avons eu le privilège de pouvoir interroger des cadres à ce sujet. L'un d'eux, ingénieur dans un grand service public, nous a déclaré:

" J'ai toujours attaché une très grande importance à la notation
" et à la mise en place du personnel : c'est essentiel pour l'ef-
" ficience de l'entreprise et c'est une question de justice.

" Depuis vingt ans que j'ai à noter le personnel, le nombre des
" agents à noter ayant varié de 300 à 800, je l'ai toujours fait
" (tant pour l'avancement en grade que pour l'augmentation de sa-
" laire dans le même emploi en fonction du mérite) en me basant
" sur quatre critères:
"
" - la conscience professionnelle
" - la qualité du travail
" - son rendement quantitatif
" - l'esprit d'équipe.
"
" Dans les directives données aux chefs d'établissement ou de
" chantier pour apprécier la "conscience professionnelle", j'avais
" toujours indiqué qu'il fallait mettre une note nulle ou élimina-
" toire pour les buveurs, notamment pour ceux qui boivent durant
" le service. Je ne pense pas que, dans ces conditions, l'appré-
" ciation objective des autres critères puisse donner une chance
" aux alcooliques d'obtenir une note totale efficace.
"
" Même si mes collègues notateurs ne donnaient pas des directives
" aussi précises, tous sont, en fait, d'accord pour éliminer les
" alcooliques de tout avancement professionnel, la plupart des
" chefs de chantier cherchant surtout à s'en débarrasser."

Cette dernière remarque sur l'attitude des cadres vis-à-vis des malades alcooliques est d'autant plus significative que leur intérêt personnel rejoint, en la matière, leur souci constant de la productivité.

Les cadres sont naturellement enclins à tout sacrifier au rendement. Pour lutter contre cette tendance, un journal de cadres écrit:

" Elevés dans le culte de l'efficience, séduits par la "morale du
" succès", ils perdraient vite toute référence aux valeurs trans-
" cendantes qui doivent motiver leur action et inspirer leur cons-
" cience". (La Voix des Cadres C.G.C. des chemins de fer, mai 1963)

Si l'on se place sur le seul terrain de l'efficience, l'alcoolique est évidemment un indésirable. Nous lisons dans le compte rendu de la vingtième conférence inter-entreprise sur la sécurité du travail et l'alcoolisme, qui s'est tenue le 5 décembre 1961 aux Etablissements S.K.F., cette déclaration du Docteur JOURET sur le comportement des buveurs dans le milieu professionnel:

" L'attention des cadres doit être mise particulièrement en éveil
" par certains signes:
" - Trouble du comportement et surtout irritabilité ne s'accomodant
" d'aucune remarque même justifiée.
" - Baisse subite ou progressive du rendement et des aptitudes pro-
" fessionnelles.
" - Perte de sens critique: les alcooliques ne se rendent pas compte
" de la médiocrité de leur travail et n'en conviennent pas.
" - Fréquence des absences irrégulières et indifférence devant une
" menace de sanction.
" - Accidents de travail fréquents provoqués par une maladresse,
" une perte de sens de la sécurité personnelle et collective et
" dont l'alcoolique rend très souvent les autres responsables
" alors qu'il a perdu complètement le sens de l'évaluation des
" risques.
" - Arrêts de travail fréquents pour des motifs vagues (crises de
" foie, fatigue).
" - Comportement anormal: l'alcoolique paraît lointain, bizarre,
" recherchant la solitude ou se liant au contraire ... avec les
" alcooliques notoires.
" - Changement d'attitude avec discussions fréquentes, critiques
" du travail, fautes de service répétées, perte d'intérêt pour
" le travail, relations difficiles avec le public, les camarades,
" les chefs."

Le responsable du personnel d'une grande entreprise de Travaux Publics et Bâtiment de la région parisienne a bien voulu nous faire part de ses observations personnelles:

" Depuis plus de dix ans, j'ai pu constater que dans les travaux
" Publics et Bâtiment les jeunes travailleurs français ne boivent
" plus autant de vin que les vieux compagnons. Ils boivent surtout
" de l'eau, des boissons gazeuses aux fruits, du café et un peu de
" bière, particulièrement en été.

" La présence sur le chantier d'un jeune chef de chantier ou d'un
" jeune chef d'équipe ne buvant pas est capitale, ce bon exemple
" incitant ses ouvriers à ne pas boire. En outre, la présence sur
" les chantiers d'étrangers tels que Portugais, Espagnols, Maro-
" cains, généralement sobres, prouve aux français que l'on peut
" accomplir une lourde tâche sans boisson alcoolisée. Je pense que
" leur exemple "déteint" sur leurs compagnons.

" Dans nos ateliers, les gens spécialisés: motoristes, mécaniciens,
" électriciens, forgerons, etc... ne boivent souvent que de l'eau.
" Quant à ceux que nous employons sur les engins modernes actuels,
" il leur serait impossible d'accomplir leur tâche correctement en
" état même de demi ébriété.

" Le licenciement pour ivresse est très rare. Le dernier a été fait
" dans mon entreprise en 1963 à l'encontre d'un vieux compagnon de
" plus de 60 ans.

" Mais il faut souvent, de la part des chefs, beaucoup de fermeté
" pour obtenir l'application du règlement intérieur interdisant
" l'entrée sur le chantier de toute boisson alcoolisée, en dehors
" des repas.

" Tout chantier doit posséder un exemplaire de ce règlement inté-
" rieur qui permet le licenciement immédiat de contrevenant."

X - L'OPTIQUE DES EMPLOYEURS

L'optique des employeurs sur les alcooliques peut être résumée par cette réflexion du patron d'une entreprise utilisant 4.000 ouvriers:

" lorsqu'un homme boit chez moi, je le renvoie, car il y a devant
" l'usine des gens qui attendent pour se faire embaucher et qui
" sont plus intéressants que celui qui ne fait plus son travail
" consciencieusement."

Tous ceux qui consacrent leurs efforts au Reclassement Professionnel des éthyliques peuvent être choqués par la brutalité d'une telle déclaration qui a, au moins, le mérite de la franchise. Mais avant de condamner sans appel une telle "mentalité" il faut lui reconnaître une certaine part de vérité.

Si, dans certaines grosses entreprises - et c'est le cas de la Régie Renault (R.N.U.R.) - on peut réserver un secteur aux handicapés (et on ne doit pas en exclure les alcooliques qui s'efforcent de guérir), il faut reconnaître que beaucoup de petites et moyennes entreprises, parfois marginales et en butte à une concurrence sévère, sont plus mal placées pour "faire du social" aux dépens de leur productivité. Il ne faut pas s'étonner si le souci d'obtenir un bon rendement pousse les employeurs à se débarrasser des alcooliques, en invoquant la raison qu'on ne doit pas les préférer aux travailleurs non contaminés.

Nous n'avons pas ici de jugement à porter sur cette attitude des employeurs. Il nous faut la considérer comme une donnée de fait qui rend particulièrement délicat le problème, déjà difficile en lui-même, de la réhabilitation des alcooliques médicalement guéris.

Lorsque nous examinerons les efforts très méritoires faits par l'Etablissement de post-cure de CHELLES pour obtenir des emplois pour les alcooliques en voie de guérison, il ne faudra pas nous dissimuler que la tâche a été facilitée par la pénurie de main-d'oeuvre qui a sévi durant un certain nombre d'années dans la région parisienne.

Le Reclassement Professionnel des alcooliques rencontrerait des obstacles bien plus graves si le marché du travail devenait plus favorable pour les employeurs, autrement dit si la situation privilégiée de la France en matière de chômage ne pouvait être maintenue.

On conçoit que les alcooliques ne soient guère appréciés de leurs chefs et employeurs sur le plan professionnel.

C'est la "mentalité" même des cadres et des patrons qu'il faudrait modifier pour qu'ils comprennent que les buveurs sont des malades, et non des indésirables dont il faut se débarrasser à tout prix, car chaque renvoi, chaque déclassement professionnel ne peut qu'accentuer et accélérer la déchéance physique et morale du buveur.

Nous reviendrons à la fin de la présente étude sur le rôle essentiel que pourraient jouer les cadres, en liaison avec le médecin du travail et les associations de travailleurs, dans la prévention et le dépistage de l'alcoolisme chronique sur le terrain professionnel ainsi que sur le reclassement des buveurs médicalement guéris.

o o

o

Que retenir de ce premier chapitre relatif à l'évolution des idées sur la possibilité de guérir et de reclasser les alcooliques

Nous avons pu constater:

a) que les milieux médicaux autorisés estiment maintenant que "malgré le caractère inconstant des résultats, la désintoxication alcoolique mérite d'être tentée, car elle permet de sauver un nombre important de malades, et ne mérite pas le scepticisme trop souvent de mise à ce sujet."

"Nous voyons en définitive et compte tenu des corrections indispensables, que le pourcentage des malades qui ont pu reprendre une vie sociale normale, et que l'on peut donc considérer comme des succès durables, s'étant maintenus plus de deux ans, peut être évalué, qu'il s'agisse de la cure hospitalière ou du traitement ambulatoire, en gros au tiers des cas. Le pronostic doit être très réservé chez les sujets antérieurement psychopathes, ou chez certains inadaptés sociaux." (Dr LEREBOULLET, Revue du Praticien, 1.2.1964, p. 463)

b) Que la plupart des praticiens considèrent encore comme une utopie la possibilité de guérir médicalement et de reclasser socialement et professionnellement les alcooliques "d'habitude", et à plus forte raison les alcooliques d'origine névrotique.

c) Que tout reste à faire pour que les cadres et les employeurs considèrent désormais les alcooliques comme des malades qu'il faut aider et non comme des indésirables dont il faut débarrasser l'entreprise dans un souci de productivité.

o

o o

Chapitre II

LE COUT DES ALCOOLIQUES EN FRANCE, NE SERAIT-CE QUE POUR LA SECURITE SOCIALE, REND IMPERATIF LEUR RECLASSEMENT PROFESSIONNEL.

L'alcoolisme a pris en France des proportions telles qu'il a des incidences graves sur le plan économique.

On a pu écrire:

" Sur le plan professionnel, l'alcool est responsable de la majeure partie des accidents du travail, de l'absentéisme et du mauvais rendement, d'où un grand retentissement sur la productivité du pays, et par là, une cause de la disparité des prix français et étrangers".

Cette remarque prend une résonance particulière en ces années où, par application plus rapide que prévue du traité de Rome, la concurrence va se faire âpre dans le cadre du marché commun, sur le plan des prix de revient et de la productivité du travail. Il est symptomatique par exemple que, dans le bâtiment de la région parisienne, les employeurs préfèrent embaucher des portugais plutôt que des français, parce que en général les travailleurs étrangers boivent relativement peu et ont donc un meilleur rendement.

Pour montrer que l'alcoolisme est, hélas, un problème "bien de chez nous", rappelons quelle est la consommation annuelle d'alcool pur par habitant et par adulte:

	par habitant	par adulte
France	22 litres	31 litres
Italie	9 litres	14 litres
Grande-Bretagne	6 litres	9 litres
Etats-Unis	6 litres	9 litres
Allemagne Occidentale ...	4 litres	6 litres
Suède	3,5 litres	5 litres

Indiquons, par parenthèses, qu'une analyse mathématique de ces chiffres, compte tenu des proportions entre plus et moins de vingt ans, semblerait confirmer - dans la mesure où l'on peut se fier à la précision de telles statistiques - que c'est en France où la consommation des non adultes, c'est-à-dire en particulier les enfants, est la plus forte. Il est d'ailleurs impensable, dans les autres pays, que l'on puisse donner aux enfants des boissons alcoolisées. Il n'y a guère qu'en France que l'on puisse constater une telle aberration.

Pour les adultes, la France vient donc largement en tête de la consommation moyenne globale et il n'est pas étonnant que dans un pays où la production annuelle de vin a plus que doublé en un siècle, l'alcoolisme chronique fasse plus de ravage qu'au temps de "l'Assommoir", et cela malgré cette étonnante révolution industrielle qui a élevé le niveau de vie des travailleurs sauf, dans certains cas, en ce qui concerne le logement.

L'enquête portant sur 20.000 travailleurs, effectuée par le centre strasbourgeois d'étude de physiologie appliquée au travail, sous les auspices du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme - prélèvement sanguin en vue du microdosage de l'alcool éthylique par la méthode de Widmark - a démontré que les alcooliques sont plus nombreux chez les plus de trente ans, les mariés sans enfants, les ruraux, les "moins bien logés", ceux qui travaillent huit heures continues, les manoeuvres que les spécialisés, les spécialisés que les professionnels.

Les espoirs de Zola ont donc été déçus. L'amélioration du niveau de vie des travailleurs n'a pas contribué à juguler l'alcoolisme en France. On peut même se demander si, pour beaucoup, une partie de plus en plus grande d'un pouvoir d'achat pourtant accru n'a pas été consacrée au poste "boisson" dans le budget individuel.

D'après l'étude du Professeur PERRIN, l'alcoolisme est toujours au premier rang des causes de mortalité actuellement évitables. Il se classe au troisième rang des causes générales, devant les accidents et bien avant la tuberculose. L'institut National de la Statistique a relevé une augmentation inquiétante du nombre de décès directement attribués à l'alcoolisme (chronique et aigu, et cirrhose du foie):

18.475 décès en 1960
19.450 décès en 1962
20.700 décès en 1963.

Ces nombres sont d'autant plus impressionnants que par ailleurs la mortalité générale a diminué et que ces statistiques ne rendent pas compte des décès pour lesquels l'alcoolisme joue un rôle déterminant sans pouvoir être considéré comme leur cause directe.

Le coût direct de l'alcoolisme pour la collectivité nationale atteint des proportions effrayantes: il était évalué pour 1958 à 2 milliards 1/2 de N.F. (Rapport du Docteur MAY au Conseil Economique, séance du 20 janvier 1959). Il comprend:

I - Dépenses hospitalières:

On peut faire à ce propos plusieurs remarques:

- Le prix de journée d'un malade hospitalisé pour cirrhose est beaucoup plus élevé que la moyenne du prix de journée pour une autre affection.

- En 1959, plus du tiers des 36.000 hommes admis dans les hôpitaux psychiâtriques étaient alcooliques. Nous confirmerons la fréquence de cette association puisque, nous le verrons plus loin, 10% de nos éthyliques sont ou ont été malades mentaux.

- Dans les services de médecine générale, 40% des hommes hospitalisés présentent un terrain alcoolique. Dans les services de tuberculose, cette proportion s'élève jusqu'à 75%; (nous trouverons 33% de tuberculeux parmi les sujets étudiés). Elle est également élevée dans les asiles de vieillards.

- La consommation d'alcool a une influence sensible dans l'étiologie du cancer de la langue, de l'hypopharynx, du larynx et de l'oesophage (M. Sully Ledermann, Dr Schwartz, Pr Morice).

2 - Dépenses d'assistance:

A.M.G., assistance à des sujets tuberculeux, infirmes, malades mentaux du fait de l'alcoolisme.

3 - Dépenses de Sécurité Sociale (notamment A.T.)

D'après une étude du Docteur CAVALIE, analysée par Sully LEDERMANN, les alcooliques, représentant 4% des ouvriers d'une entreprise de travaux publics, ont totalisé à eux seuls un tiers des charges sociales relatives à la maladie et aux accidents du travail.

4 - Budget de la justice:

Bien connues sont l'influence de l'alcoolisme aigü sur les déclenchements de l'acte criminel ou délictueux, l'influence de l'alcoolisme chronique sur l'orientation de l'individu vers la criminalité

ou la délinquance habituelle, l'influence de l'alcoolisme sur le milieu familial et social, sur la criminalité et la délinquance des jeunes. Dans ce dernier cas peut être incriminé non seulement l'alcoolisme du sujet mais aussi l'alcoolisme des parents. (Heuyer, Revue du praticien). En 1953, dans 42,5% des cas de délinquance juvénile, l'un des parents au moins était alcoolique.

Aux rapports entre l'alcoolisme et la délinquance ou la criminalité, il faut joindre ceux qui concernent les homicides involontaires, les accidents meurtriers de la route.

Dans tous les cas l'alcoolisme libère les tendances profondes agressives et violentes et facilite le passage à l'acte.

Bien que le recrutement du centre "André LEVEILLE" ne comporte pas de criminels, ceux-ci étant bien sûr en prison, on trouve parmi nos sujets quelques petits délinquants.

Selon une enquête officielle: "Rapport sur le coût annuel et la prévention de l'alcoolisme" par J.S. BRUNAUD, Présidence du Conseil, Paris 1955, on peut attribuer à l'alcoolisme direct et à une ascendance alcoolique au moins un quart des divorces et des séparations de corps. En outre, dans certains milieux, les séparations de fait, sans acte juridique, sont nombreuses. Notre étude portant sur 100 hommes donne les résultats suivants:

- 17% divorcés
- 7% séparés.

Quelle est en effet l'atmosphère au foyer de l'alcoolique : "Toujours tendue, avec scènes à la moindre occasion, querelles qui peuvent aller jusqu'aux coups. Une jalousie morbide aboutit aux sévices et parfois au meurtre. L'obsession sexuelle est assez souvent à l'origine d'incestes. Les conséquences en sont parfois le divorce, particulièrement fréquent, parfois l'alcoolisme conjugal." (J. Lereboullet et J.N. Biraken. Revue du Praticien, suppl. 1.2.1964)

En regard de ces dépenses consenties directement ou indirectement du fait de l'alcoolisme, le montant des impôts spéciaux recueillis par l'Etat a été évalué en 1960 à 810 millions de N.F.

Notons, par ailleurs, la part du revenu national affectée aux boissons alcoolisées qui représentait en 1950 plus de 10% d'après l'I.N.E.D.

P. MALIGNAC souligne qu'en cas de reconversion des activités consacrées à la production et à la vente des boissons alcoolisées, il y aurait une augmentation du niveau de vie général de 15‰.

o o

o

Ainsi donc l'alcoolisme, qui a pour conséquence directe, sur le plan économique, une perte de rendement qui risque de compromettre la "compétitivité" des travailleurs français sur le marché européen, coûte très cher à la collectivité nationale, ne serait-ce que par les dépenses accrues de la Sécurité Sociale, dont il importerait pourtant de sauvegarder, dans toute la mesure du possible, l'équilibre financier.

D'autant plus que la Sécurité Sociale, qui s'était jusqu'ici contentée de couvrir certains risques, voudrait maintenant élargir son rôle et "à la fois remédier aux inadaptations qui n'auront pu être évitées et aussi prévenir les inadaptations en en réduisant les causes."

M. Pierre LAROQUE, Président de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale , a écrit dans une "Présentation" du numéro d'octobre 1964 de la revue "Informations Sociales" (consacrée au problème: Adaptation et Inadaptation sociale):

" Pendant longtemps, l'effort social a pris à peu près uniquement
" l'aspect d'une aide matérielle en nature ou en argent aux indi-
" vidus ou aux familles frappés par le sort. Malades, infirmes,
" chômeurs, vieillards sans ressources, se voient attribuer des
" allocations, rentes, pensions, secours leur permettant de subsis-
" ter plus ou moins bien, mais admettant tacitement comme inéluc-
" table leur maladie, au moins si elle est chronique, leur infir-
" mité, leur chômage, leur inactivité. De plus en plus aujourd'hui
" s'ajoute ou se substitue à cette forme de l'effort social une ac-
" tion tendant à permettre à chacun de trouver ou de retrouver
" dans la société une place convenable correspondant à ses possi-
" bilités physiques ou psychiques. Le mot d'ordre de toute poli-
" tique sociale moderne est et sera de plus en plus: adaptation.
" S'il en est ainsi, c'est que l'évolution économique et sociale
" a multiplié les causes d'inadaptation et n'a cessé d'en aggraver
" les conséquences.

" Le développement des infirmités dûes aux accidents du travail
" et aux guerres, le maintien en vie de malades chroniques autre-
" fois condamnés augmentant considérablement le nombre des invali-
" des. Le but à atteindre est l'amènagement d'une société dans la-
" quelle chacun trouve la place qui lui convient."

Tel est bien le problème qui nous préoccupe en ce qui concerne les alcooliques. Non seulement d'impérieuses raisons économiques et budgétaires commandent de limiter les conséquences désastreuses de l'alcoolisme pour la collectivité nationale, mais l'orientation constructive donnée à la Sécurité Sociale impose une volonté "d'adapter les structures aux hommes, en même temps que l'on adapte les hommes aux structures".

" C'est la société entière, ajoute M. LAROQUE, qui est en cause dans sa structure et son évolution. Or l'opinion est encore très loin d'être consciente de la nécessité et de l'importance de l'effort à entreprendre. Son éducation est presque entièrement à faire".

Cette remarque du Président de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale nous paraît particulièrement pertinente en ce qui concerne la nécessité de réintégrer les buveurs guéris et d'adapter le milieu professionnel en vue de prévenir l'alcoolisme.

Non seulement cela limiterait les dépenses inutiles de la Sécurité Sociale, mais cela permettrait surtout, comme l'a voulu le législateur, de rendre "à l'homme sa dignité et à la Nation son potentiel de production".

o o

o

DEUXIEME PARTIE

ETUDE AU CENTRE "ANDRE LEVEILLE"

Chapitre I

Présentation du Centre

Présentation de l'enquête.

I - LE CENTRE ANDRE LEVEILLE, SES METHODES, SON ESPRIT

Le Docteur KOMAROVER, Médecin-Chef du Centre de Reclassement Professionnel André LEVEILLE, a exposé dans les termes ci-dessous la situation privilégiée de la Sécurité Sociale pour mettre en oeuvre le Reclassement des Handicapés :

" La situation unique de la Caisse de Sécurité Sociale par rapport
" au malade mérite à peine d'être soulignée, en ce qu'elle est le
" lieu géométrique où convergent toutes les informations médicales,
" professionnelles, sociales; de nombreuses formalités devront y
" être accomplies et de l'accomplissement harmonieux de ces forma-
" lités dépendent les solutions médicales, professionnelles et so-
" ciales.

" Les différents Services de Sécurité Sociale sont donc le joint
" de rencontre naturel du malade et de tous ceux qui connaîssent
" les différents aspects - si souvent imbriqués - de son problème
" et lui doivent une aide pour une solution d'ensemble.

" Faudrait-il justifier plus avant encore la vocation de nos Or-
" ganismes à se préoccuper du Reclassement Professionnel et Social
" de ceux qui, parmi les assurés, viennent à être handicapés ?"

(Dr KOMAROVER dans"Notes et Documents" publié par la FNOSS - n° 15 et 16, 3ème et 4ème trimestres 1964, p. 140 à 143)

Insistant sur l'importance d'une intervention précoce, le Docteur KOMAROVER ajoute

" Et nous sommes convaincus que le malade ou le blessé traité
" d'éntrée de jeu dans la perspective de sa réinsertion profes-
" sionnelle - quelle qu'en soit la forme - cessera d'associer
" dans son esprit son passage au Service de Reclassement avec la
" notion purement négative d'arrêt des prestations, n'aura aucune
" tendance à se réfugier, pour calmer son anxiété, dans le maquis
" procédurier des contestations contentieuses de taux d'I.P.P. ou
" d'invalidité."

On ne pouvait mieux souligner l'aspect positif que revêt le Reclassement Professionnel des Handicapés dans la ligne constructive que le Président LAROQUE, nous l'avons vu, veut assigner à la Sécurité Sociale, par delà le rôle de simple assureur qui lui avait été jusqu'ici dévolu.

o o

o

Le Service André LEVEILLE regroupe, depuis Avril 1958, les Services :

- de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale (CPCSS)

- de l'Inspection du Travail et de la Main d'Oeuvre

- de la Direction de l'Hygiène Sociale (DHS)

conformément aux décisions des Circulaires Ministérielles sur l'organisation du Reclassement Professionnel.

Grâce à un fichier commun et à des contacts étroits, ces trois Services conjuguent leurs efforts pour réinsérer dans le monde du travail les Handicapés en leur faisant reprendre une place active dans la société et en leur permettant de subvenir à leurs besoins.

Les demandes parviennent au Centre de sources diverses :

- Caisse d'Affiliation

- Centres Payeurs de la CPCSS dans la plupart des cas

- Caisse Régionale (Branche Invalidité)

- Handicapés Physiques eux-mêmes

- Services Sociaux

- Services de Médecine du Travail.

Il est à noter que le signalement n'est pas toujours fait pour l'alcoolisme mais pour une autre maladie, l'alcoolisme n'étant décelé qu'au cours des examens, en raison de sa résonance professionnelle.

Tous les documents médicaux et renseignements administratifs dont disposent les Organismes de Sécurité Sociale sont à la disposition du Centre de Reclassement.

° °

°

Pour l'étude de chaque cas, le Centre de Reclassement dispose d'un "complexe" formé de plusieurs personnes. Décrivant cette équipe, le Docteur KOMAROVER précise :

" ... L'équipe de Reclassement comporte un médecin, un psycho-
" technicien, une assistante sociale, un placier, nous y ajou-
" terons encore volontiers un instituteur et nous aurons garde
" d'oublier le secrétariat technico-administratif... "

Il a d'ailleurs signé un article sur "l'unité du processus de Réadaptation Reclassement - Le Travail d'Equipe", insistant sur cet esprit d'équipe :

" Aucun d'entre nous n'est un homme orchestre pouvant faire le
" tour du problème à lui tout seul, capable de tout faire et de
" tout décider à lui tout seul, capable à lui tout seul d'impo-
" ser une solution qui ne paraîtrait pas satisfaisante ou au
" moins acceptable aux autres membres du groupe.

" Que sommes-nous, après tout, les uns et les autres, au sein
" d'une telle équipe, sinon les représentants des composantes
" d'un même individu qui, positives ou négatives, sont destinées
" de toute façon à rester groupées pour constituer sa personna-
" lité; serait-il donc imaginable que nous nous ignorions, voire
" que nous nous contredisions sans trouver un terrain d'accord ?"

(Dr KOMAROVER "Notes et Documents" publié par la FNOSS, n° 15 et 16, 3ème et 4ème trimestres 1964, p. 140 à 143.)

II - LES DOCUMENTS UTILISES

Les renseignements recueillis comportent:

1) - Ceux concernant le sujet au moment des examens pratiqués en vue du Reclassement.

Ils ont été obtenus au Centre André LEVEILLE par l'étude des dossiers complets comportant:

a) Rapport Médical

b) Fiche de Signalement

c) Demande de Reclassement Professionnel

d) Enquête Sociale

e) Examen Psychotechnique

f) Fiche d'Emploi

g) Documents administratifs

que nous décrirons dans les pages qui suivent.

2) - Ceux relatifs à la situation du sujet au moment de l'enquête.

Ils ont été recueillis auprès des intéressés eux-mêmes, par questionnaire postal que nous leur avons adressé. Pour le petit nombre de ceux qui ont omis de nous répondre au 3ème rappel, et lorsque la lettre est revenue avec la mention "inconnu" ou "parti sans laisser d'adresse", nous avons pu obtenir la situation par rapport à la Sécurité Sociale (bulletin de salaire ou indemnités journalières, c'est-à-dire "travail" ou "maladie") auprès des centres payeurs qui nous ont aimablement renseignés.

L'examen médical

Parmi les documents que nous avons utilisés vient en tête le dossier médical. L'examen général qui est pratiqué au Centre de Reclassement dresse le bilan des inaptitudes et des aptitudes restantes, précise les contre-indications.

Le médecin rencontre parfois des difficultés pour constituer un dossier complet, l'interrogatoire étant souvent infructueux chez un sujet réticent en ce qui concerne les antécédents, l'histoire de la maladie et ses symptômes.

Les aspects cliniques de l'alcoolisme sont multiples. On imagine sans peine les incidences sur le Reclassement Professionnel des signes les plus souvent rencontrés:

- Présentation: faciès "imbibé", logorrhée,

- Troubles psychiques:

  . troubles du caractère: insouciance, perte de jugement, nervosité, crises de colère,

  . troubles intellectuels: lenteur intellectuelle, diminution de rendement, diminution de l'attention, les troubles de la mémoire sont particulièrement gênants: oubli des notions professionnelles acquises, faisant perdre la qualification, oubli des consignes, du travail à accomplir,

  . anxiété face aux responsabilités.

- Troubles physiques:

  . digestifs: entraînant asthénie, fatigabilité
  gastrites - brûlures - pituites - diminution de l'appétit - amaigrissement - troubles intestinaux - hépatomégalie - signes d'insuffisance hépatique - varices oesophagiennes - cirrhose,

  . nerveux: troubles du sommeil - céphalées - intolérance au bruit - bourdonnements d'oreille - vertiges - tremblements - polynévrites: douleurs, crampes, atrophie musculaire, diminution ou abolition d'un réflexe, hyperesthésie à la palpation des masses musculaires, névrite optique à l'examen ophtalmologique.

Sans parler des cas non stabilisés ou désespérés chez lesquels un délire alcoolique subaigu ou même un délirium sont encore à craindre et des cas pour lesquels l'évolution défavorable conduit au tableau démentiel: syndrome de Korsakoff ou encéphalopathie alcoolique.

Un examen PSYCHIATRIQUE fait par un spécialiste est presque toujours nécessaire chez ces sujets. Il permet en particulier de déceler s'il n'y a pas de contre-indication psychiâtrique à une reprise de travail et de poser les indications des cures de désintoxication.

Tous les autres examens de spécialistes ou de laboratoire peuvent être demandés par le Médecin de Reclassement en complément d'information; en particulier un cliché pulmonaire est systématiquement pratiqué.

o o

o

On trouvera dans les pages qui suivent le modèle de la fiche médicale "Reclassement Professionnel". Elle est complexe mais attire l'attention sur des points de détail très particuliers, mais déterminants pour l'orientation du sujet et qui ne sont que rarement notés sur les fiches médicales courantes car ils ne correspondent pas aux préoccupations habituelles du Médecin. Par exemple la sudation qui interdit certaines professions (cuir, maroquinerie, horlogerie, cablâge), les troubles de la vue, le daltonisme.

L'examen médical effectué, le Médecin peut arrêter le dossier s'il juge le sujet encore en évolution non consolidé ou non reclassable; dans certains cas, le sujet pourra alors être orienté vers l'invalidité.

S'il conclut à une reprise de travail, à un réentraînement industriel ou à une rééducation professionnelle, il rédige une "fiche de travail", (modèle en annexe), sur laquelle il note le profil des aptitudes résiduelles du sujet et ses propositions. Cette fiche est destinée au Service du Placement et éventuellement au Bureau de Main d'Oeuvre. Il décide de l'opportunité de l'examen psychotechnique lorsque le malade est inapte à son ancien métier.

o o

o

DOSSIER MEDICAL

DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

OM .....
(en lettres capitales)
rénoms .....

° d'immatriculation

ate de naissance: ..... Sexe .....
omicile personnel habituel: .....
.....
.....
.....

ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

I. SECURITE SOCIALE :
lre constat. médicale (date):
Bénéficiaire (A Ma. C MLD E Art. 30)
Risques (INV. A.T. M.P.)
(AMG)
2. AIDE SOCIALE (Aide aux infirmes)
3. ANCIENS COMBATTANTS:
Pension militaire: ..... % .....
4. Organismes divers (lequel).....

NTECEDENTS PROFESSIONNELS:
étiers antérieurs (nature et qualification, OS.1 - OS.2 - P.1 - P.2 - P.3) .....
.....
ernier emploi (nature, dates): .....
NTECEDENTS FAMILIAUX: .....
NTECEDENTS PERSONNELS (préciser dates hospitalisations et nature interventions) .....
.....
.....
.....
ituation militaire (S. armée S. X. pension)

ATURE de la maladie motivant le reclassement professionnel et description éventuelle
e (ou des) l'infirmité : .....
.....
.....
.....
.....

aille:..... Poids: ..... Etat général: .....

	AUDITION			VISION		
	non corrigée	corrigée		sans correction	avec correction	
.	.....	.....	de loin (OD.	.....	.....	Couleurs .....
.	.....	.....	)OG.	.....	.....	Etat du champ visuel .....
			de près (OD.			Fatigabilité .....
			)OG.			

nts: .....
dation manuelle (de façon habituelle): .....
guments: .....

PNEUMOLOGIE ET TUBERCULOSE

Cuti-réaction et date de virage de cuti: .....
Evolution (comportant obligatoirement les dates et lieux d'hospitalisation) :

.....
.....

P.N.O. ou autres interventions (dates) :

à droite	à gauche
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ANTIBIOTIQUES (Doses, rythme, durée. - Préciser date de fin du traitement ou en cours)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ETAT ACTUEL

Poids: ..... Taille: .....
Taux: ..... Expectoration: .....
Dernier examen bacillifère le ..... Nature .....
Dernier examen non bacillifère le ..... Nature .....
Vitesse de sédimentation: .....
Autres localisations tuberculeuses .....
.....
.....
.....
.....
Capacité fonctionnelle respiratoire: .....

Dyspnée: Repos ..... Effort .....

Temps d'apnée volontaire (en inspiration .....
(en expiration .....

APTITUDE AU TRAVAIL

Temps complet: .....
Temps partiel (durée) .....

INAPTITUDE AU TRAVAIL

.....
.....
.....
.....
.....

Clichés radiologiques

Début (date) .....

Actuel (date) .....

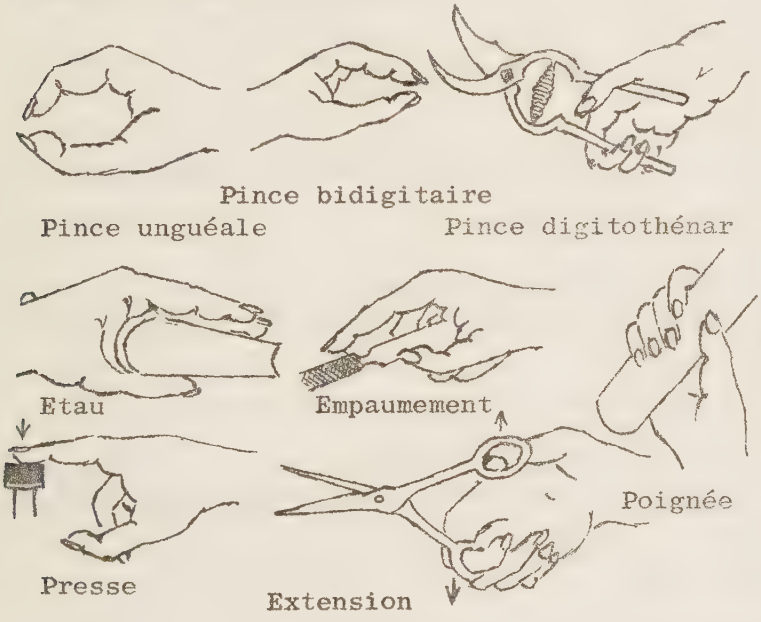
Pneumologie non tuberculeuse

APPAREIL MOTEUR

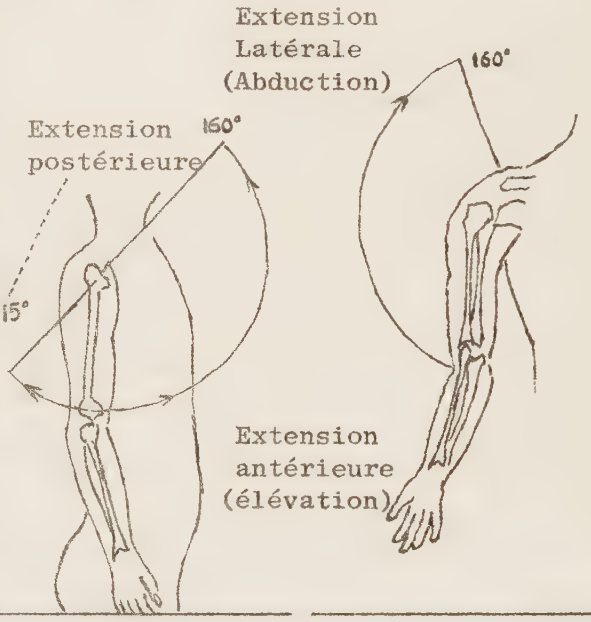
Diagnostic actuel précis et détaillé (ankyloses et ses caractères) .....
.....
.....
Interventions et dates: .....
.....
.....
(La marche est-elle possible ? ..... facile ? .....
Membres inférieurs)La station debout est-elle supportée ? .....
(Combien de temps ? .....
Membres supérieurs : Maladresse dans les mouvements ? .....
Possibilité d'effort ? ..... Combien de kilogs peuvent être soulevés ? .....
Appareillage actuel : ..... Convient-il professionnellement ? .....
Présence de troubles trophiques, d'escarres, d'ulcérations, de fistules, de troubles des sphincters : .....
Depuis quand l'intéressé est-il considéré comme consolidé ? .....
Taux d'I.P.P.: .....

SCHEMAS A COMPLETER

La main (préciser par + ou par - si le geste indiqué est possible ou non)



L'épaule (compléter les schémas pour préciser l'angle d'extension)



APPAREIL CIRCULATOIRE

Diagnostic précis et détaillé et évolution de la maladie causale : .....
.....
.....
.....
Interventions et dates: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Signes d'insuffisance cardiaque:
Dyspnée d'effort: .....
Autres signes: .....
Auscultation: .....
T.A. ..... Pouls (au repos: .....
) à l'effort: .....
Varices: .....
Radio: .....
Vitesse de sédimentation: .....
Electro: .....
.....
.....
.....

APPAREIL GENITO-URINAIRE.- Diagnostic (interventions et dates) : .....

Règles: ..... Pus: ..... Albumine: ..... Sucre: .....

ABDOMEN.- Estomac, intestin, foie.- Parois, hernies, ptoses.- Diagnostic (interventions et dates) : .....
.....

PSYCHISME.- Symptômes et éventuellement diagnostic : .....
.....
Pronostic : .....
Niveau mental: .....
Comportement psycho-social : .....

SYSTEME NERVEUX.- .....
.....
.....
Réflexes tendineux: ..... Réflexes oculaires: .....
Tremblements: ..... Equilibre : ..... Troubles sensibilité ..
Epilepsie: crises - fréquence - diurnes - nocturnes avec ou sans aura : .....
.....
Traitement actuel et efficacité: .....
.....
E.E.G. : .....
.....

AUTRES APPAREILS (ganglions) : .....
.....
.....

INTOXICATIONS DIVERSES.- (maladies professionnelles, éthylisme).

.....
.....

EXAMENS DE LABORATOIRE.- (hématologie, temps de saignement, urée, sucre, albumine, etc.)

.....
.....

CONCLUSIONS GENERALES: .....
....
.....
.....
.....
.....

(NOM: .....
Médecin) (en caractères d'imprimerie)
(Signature :

A ..... le 196

PROPOSITIONS DU MEDECIN

concernant le reclassement professionnel

CODE	
Risques	
Séquelles fonctionnelles	
Maladie professionnelle	

NOM _____ Prénom _____

Sexe _____ Né le _____

Ancien métier *(ou dernier emploi)* _____

1°) Traitements en cours ou préconisés :

Rééducation fonctionnelle _____

- nature _____
- durée _____ fin prévue le _____

Appareillage _____ lequel _____

Post-cure simple _____ durée _____ fin prévue le _____

Réentrainement au travail _____

- nature _____
- durée _____

2°) L'intéressé peut-il reprendre son métier *(ou son dernier emploi)* indiqué ci-dessus : _____

- dans l'affirmative, à quelle date _____
- dans la négative, indiquer les motifs _____

_____

3°) L'inaptitude médicale à la reprise de l'ancien métier *(ou dernier emploi)* est-elle :

- absolue ☐
- relative ☐
- définitive ☐
- temporaire ☐

préciser les motifs et, le cas échéant, la durée : _____

4°) Envisagez-vous un placement direct dans un autre métier _____

Donnez dans l'ordre de préférence quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés :

_____

_____

5°) Envisagez-vous une rééducation professionnelle *(l'intéressé étant* **inapte** *à son ancien métier ou dernier emploi)*

_____

_____

En Centre d'internat _____ motifs _____

_____

En Centre d'externat _____ motifs _____

_____

Chez un employeur *(par contrat)* _____

Donnez quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés *(sous réserve des résultats de l'examen psychotechnique)* _____

_____

6°) L'intéressé relève-t-il d'un atelier protégé *(inapte à un travail régulier ou à un rendement normal)*

_____

Quel type d'activité conviendrait _____

_____

_____

Date _____ Médecin *(nom en caractères d'imprimerie)* _____

Signature :

CPCSS T.U.M. 63-10277*

FICHE DE TRAVAIL

BIOMETRIE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Taille														
Périmètre thoracique														
Poids														

ORGANES DES SENS	1	2	3	4	5	OBSERVATIONS
VISION – Près						
VISION – Loin						
VISION – Couleurs						
Audition						
Station debout						
Equilibre						
Mouvements – M.S. tronc.						
Mouvements – M.I. bassin						
Valeur musculaire – M.S. tronc.						
Valeur musculaire – M.I. bassin						
TOLERANCE AUX AGENTS – Mécaniques – Trépidations						
Physiques – Intempéries						
Physiques – Température						
Chimiques – Irritants tég.						
Chimiques – Irritants resp.						
Chimiques – Toxiques						
Horaire de travail						
Déplacements						
BILAN GENERAL						

Conclusions

Epreuves dynamométriques :

Coefficient de fatigue hors travail

Niveau scolaire

Apprentissage

C.A.P.

Durée du sujet

Travail soigné

Travail avec attention

Travail sur machine

Goût des responsabilités

Désir de perfectionnement technique

EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE

Date et lieu d'examen

N°d'examen

EMPLOIS SUCCESSIFS

DEBUT	FIN	

Commission technique d'orientation des travailleurs handicapés (*séance du*)

Les autres documents utilisés

a) Si la pièce maîtresse du dossier de Reclassement reste le rapport médical, les autres documents dont nous avons pris connaissance apportent des éléments de grande valeur pour notre étude.

On trouve dans le dossier:

b) La fiche de signalement émanant le plus souvent du Médecin Conseil d'un Centre Payeur qui comporte un résumé de l'histoire de la maladie à partir des éléments figurant au dossier médical. Elle indique les raisons pour lesquelles l'assuré ne peut plus exercer sa profession et quelle solution est envisagée éventuellement par le Médecin Conseil qui fait le signalement.

c) La demande de Reclassement Professionnel remplie ou au moins signée par l'assuré apporte des éléments sur son état civil, sa situation familiale et les emplois qu'il a antérieurement exercés.

d) L'Enquête Sociale précisant certains aspects des conditions dans lesquelles vit l'assuré: situation de famille, logement, revenus.

L'assistante Sociale donne son opinion sur la famille et les possibilités de l'intéressé, sur sa bonne volonté. Dans certains cas "sociaux", elle peut émettre un avis favorable pour l'octroi de prestations supplémentaires qui, en attendant la reprise de travail du chef de famille, permettront de remédier à des difficultés financières passagères.

Pour les sujets qui ont été jugés aptes à une reprise d'activité, le dossier pourra comporter également:

e) Un compte rendu de l'examen psychotechnique précisant ce qu'a pu être le niveau scolaire du sujet et permettant d'apprécier les difficultés à l'effort intellectuel, soit au cours de l'entretien, soit grâce aux tests, et son habileté manuelle: rapidité, précision.

Cet examen est particulièrement important lorsqu'il s'agit de conseiller au sujet une nouvelle orientation ou entreprendre une rééducation en centre spécialisé.

Le Centre André LEVEILLE dispose de son propre laboratoire psychotechnique.

f) Une fiche d'emploi qui permet la liaison avec le Placier indiqué, outre les renseignements administratifs utiles:

- le rappel des emplois précédemment occupés par l'intéressé
- les contre-indications médicales
- l'avis du placier sur la présentation et les possibilités du sujet
- les conclusions sur le genre d'emploi à rechercher et sur le lieu de travail
- les divers essais de placement avec les motifs éventuels de refus de la part de l'employeur ou de la part du sujet.

La fiche d'emploi est rédigée par les prospecteurs-placiers attachés au Centre selon le secteur résidentiel du malade.

g) Nous ne décrirons pas ici les documents purement administratifs que comportent encore les dossiers.

III - CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE

A un simple sondage, nous avons préféré l'étude systématique de tous les sujets examinés au cours d'une période relativement réduite et bien déterminée.

Pour faciliter la recherche des documents, il a été décidé d'étudier sans exception la situation des sujets dont les dossiers ont été examinés en commission technique d'orientation au cours d'une même année quelle qu'ait été la date de leur premier signalement.

La période de référence choisie a été l'année 1963, le délai écoulé permettant ainsi de juger la réussite ou l'échec du Reclassement par rapport à la décision prise en Commission avec un recul d'au moins un an.

Nous avons réussi à obtenir des renseignements certains sur la situation en mars 1965 de 98% des sujets étudiés; ces renseignements n'étant pas absolument actuels pour les 2% restants. Cet aspect complet de notre bilan nous a paru constituer un élément de solidité appréciable dans une telle étude.

Il est certain que nous aurions pu examiner des cas soumis il y a déjà plusieurs années à la C.T.O. donnant ainsi à nos résultats une signification d'épreuve à long terme mais on sait les difficultés souvent insurmontables de ces sortes d'enquêtes rétrospectives qui eussent été ici encore très largement aggravées par l'instabilité sociale toute particulière de la population des malades auxquels nous nous adressons.

Le lot des "perdus de vue" dans ces cas représente parfois une proportion considérable du lot initial qui entache légitimement des plus grands doutes et incertitudes l'interprétation des résultats finaux. L'esprit à priori optimiste ou pessimiste selon lequel on considère le devenir de ce groupe transforme parfois radicalement l'appréciation sans qu'aucun argument objectif décisif permette de distinguer la vérité.

A cette très incertaine méthode, nous avons préféré en quelque sorte constituer un lot de malades dont nous nous proposons de suivre l'évolution au cours des prochaines années par des reprises de contact assez espacées pour éviter des ruptures pratiquement irréparables. Nous ne parlerons donc pas ici d'un bilan définitif mais d'un instantané auquel le temps apportera ses retouches.

Chapitre II

DONNEES FOURNIES PAR L'ENQUETE

I - PRESENTATION DE LA POPULATION ETUDIEE

Pour donner une physionomie générale des 262 dossiers étudiés, nous en présentons une première analyse en considérant les facteurs suivants:

A - le sexe

B - l'âge

C - le risque

D - le caractère de l'éthylisme
- sujets non désintoxiqués
- sujets désintoxiqués

E - les maladies associées

F - la profession du sujet avant l'arrêt du travail

G - enfin la proposition faite par la Commission Technique d'Orientation (C.T.O.)

Ces caractéristiques sont celles observées au moment où la Sous-Commission Permanente a examiné chacun des 262 cas, c'est-à-dire durant l'année 1963.

A - LE SEXE

Sur 262 cas nous trouvons:

12 femmes
250 hommes

soit 4,58% de femmes.

Nous reviendrons plus loin sur le sens que l'on peut donner à cette faible proportion des femmes.

B - L'AGE

Comme le montrent le tableau n° 1 et le graphique correspondant, nous retrouverons ici la prédominance des plus de 45 ans accusée par la plupart des études concernant des éthyliques dépistés et suivis.

Nous extrayons en particulier deux pourcentages qui nous paraîssent assez explicites:

- 75,2% des hommes ont de 40 à 59 ans
- 94,8% des hommes ont de 30 à 59 ans

C'est qu'il faut "une certaine durée d'intoxication avant d'aboutir au stade d'alcoolique chronique désocialisé" (Melle Guinard). Toutefois, l'alcoolisme des jeunes reste une réalité.

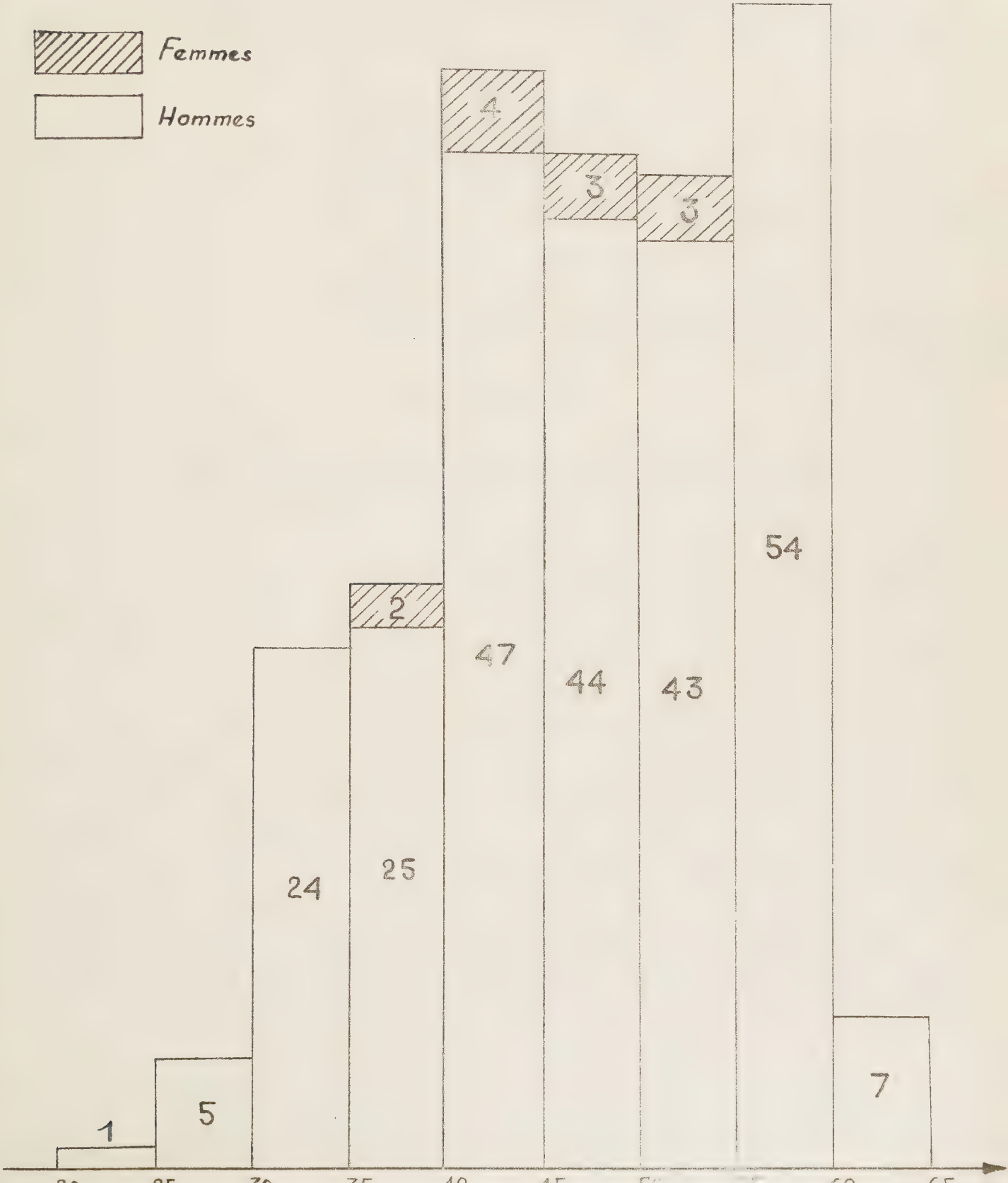
T A B L E A U N° 1

REPARTITION DES 262 SUJETS ETUDIES SELON LES TRANCHES D'AGE EN 1963.

Tranches d'Age		20 24	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64
Nombre d'hommes	250	1	5	24	25	47	44	43	54	7
% hommes	100%	0,4	2	9,6	10	18,8	17,6	17,2	21,6	2,8
Nombre de femmes	12	-	-	-	2	4	3	3	-	-
% femmes	100%	-	-	-	16,6	33,3	25	25	-	-
Nombre total	262	1	5	24	27	51	47	46	54	7
% total	100%	0,38	1,91	9,2	10,3	19,5	17,9	17,5	20,6	2,7

Graphique nº 1

RÉPARTITION PAR TRANCHES D'AGE EN 1963 DES 262 SUJETS ÉTUDIÉS



C - LE RISQUE

Le risque pour lequel le sujet est pris en charge par la Sécurité Sociale permet une autre classification intéressante parce qu'elle est directement liée à la durée de l'arrêt de travail de l'assuré:

- moins de 6 mois = risque maladie
- de 6 mois à 3 ans
  maladie de longue durée = tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite,
- Art. 293 = autres maladies nécessitant un arrêt de travail et des soins d'une durée supérieure à 6 mois
- au delà de 3 ans = invalidité
- accident de travail et maladie professionnelle
- 1 seul des sujets étudiés était pris en charge par l'A.M.G. comme l'indique le tableau II et le graphique correspondant.

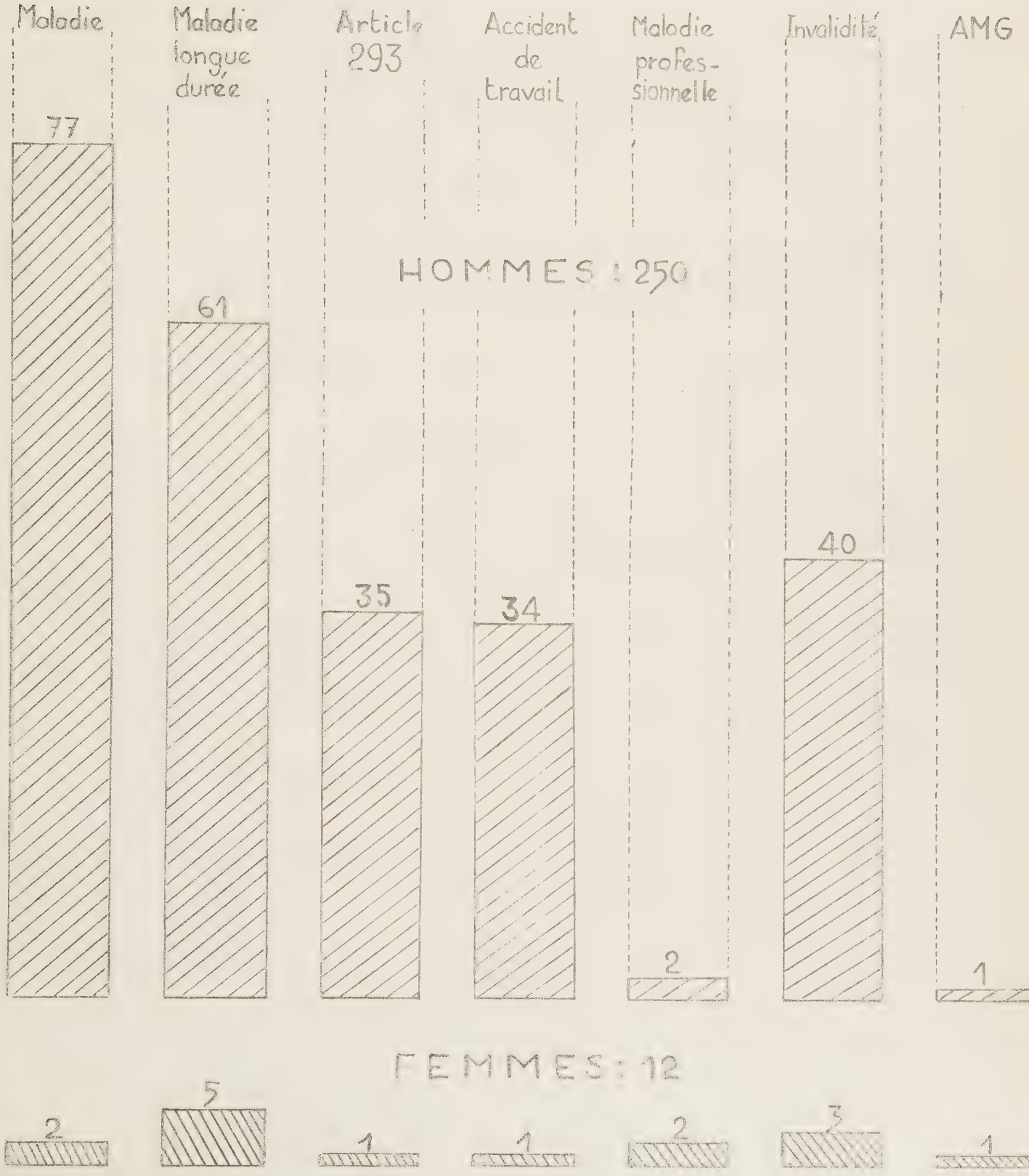
TABLEAU N° II

REPARTITION DES 262 SUJETS ETUDIES SELON LE RISQUE EN 1963.

RISQUES		Mal.	M.L.D.	Art. 293	A.T.	Mal. prof.	INV.	AMG.
Nombre d'hommes	250	77	61	35	34	2	40	1
% hommes	100%	30,8	24,4	14	13,8	0,8	-	0,4
Nombre de femmes	12	2	5	1	1	-	3	-
% femmes	100%	16,6	41,6	8,3	8,3	0	25	0
Nombre total	262	79	66	36	35	2	43	1
% total	100%	30,2	25,2	13,7	13,2	0,8	16,4	0,4

Graphique n° 8

RÉPARTITION SELON LE RISQUE
en 1963 des 262 sujets étudiés



D - L'ETHYLISME

Les tableaux III et IV et les graphiques correspondants montrent que les sujets éthyliques chroniques signalés au Centre sont loin d'avoir tous subi une cure de désintoxication.

Sur l'ensemble des 262 sujets, 88 étaient désintoxiqués avant toute intervention du Centre de Reclassement Professionnel, soit un pourcentage de 33,59%.

Le tableau n° IV nous a paru particulièrement intéressant parce qu'il montre que ce sont surtout les sujets de 25 à 40 ans auxquels on a proposé et qui ont accepté la cure puisque 2 sur 3 de ces sujets étaient désintoxiqués lorsqu'ils ont été signalés.

Par contre, après 45 ans, 1 sur 3 seulement était désintoxiqué.

TABLEAU N° III

	TOTAUX		Ethyliques non désintoxiqués		Ethyliques désintoxiqués	
Nombre d'hommes reçus en 1963	250	100 %	165	66 %	85	34,4%
Répartition après intervention du Service	250	100 %	154	61,6%	96	38,9%
Nombre de femmes	12	100 %	9	75 %	3	25 %
Nombre total initial	262	100 %	174	66,5%	88	35,59%
Répartition après intervention du Service	262	100 %	165	63 %	99	37 %
Nombre d'hommes désintoxiqués par intervention du Service en 1963	.....				11	4,4%

REPARTITION PAR TRANCHES D'AGE DES 250 HOMMES DESINTOXIQUES OU NON DESINTOXIQUES EN 1963

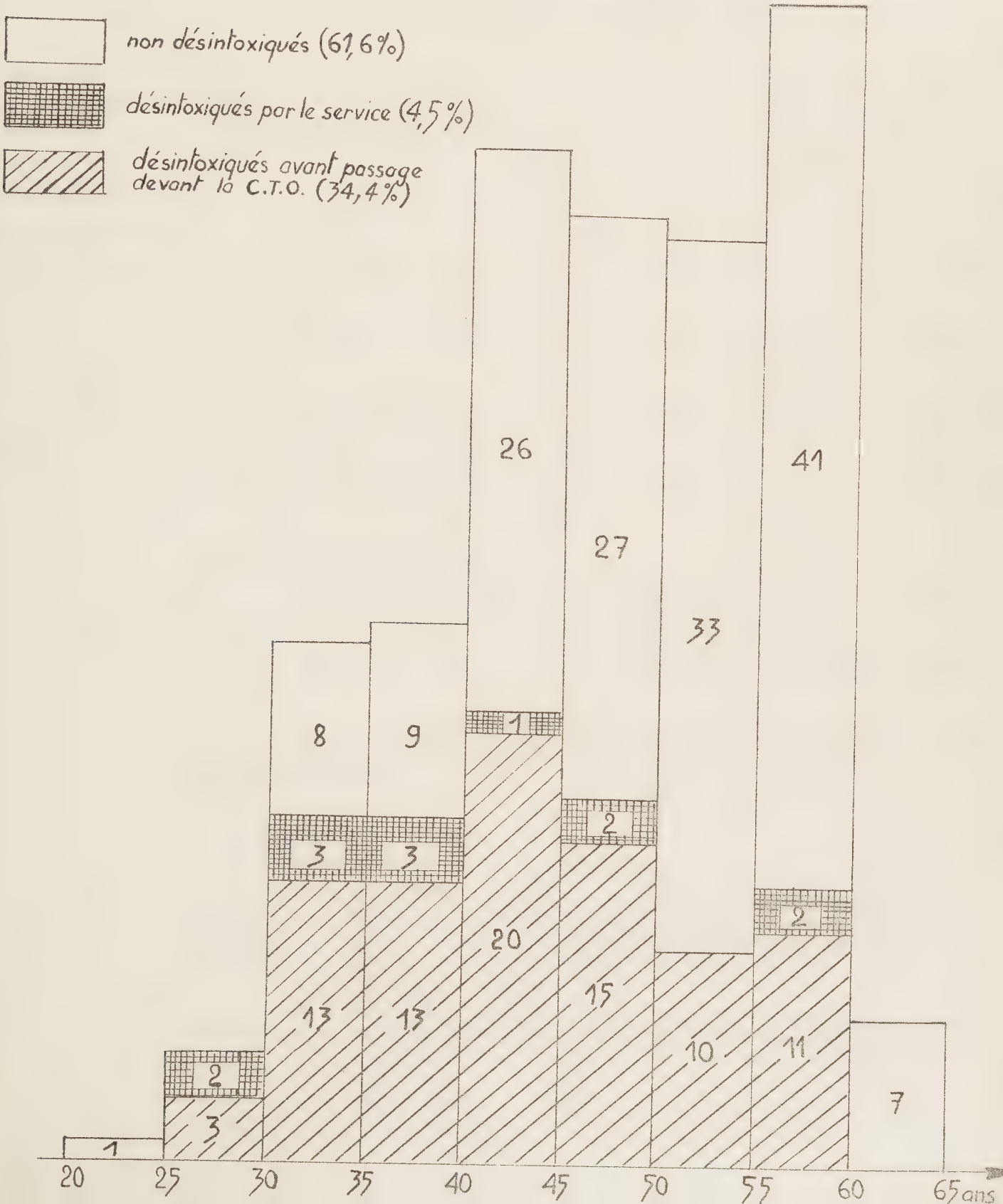


TABLEAU IV

REPARTITION SELON L'AGE DES HOMMES DESINTOXIQUES

AVANT ET PAR INTERVENTION DU SERVICE EN 1963

Tranches d'âge	20 24	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total
Nombre d'hommes désintoxiqués avant intervention du service	-	3	13	13	20	15	10	11	-	85(34,4%
Par intervention du service	-	-	3	3	1	2	-	2	-	11 (4,5%
Total	-	3	16	16	21	17	10	13	-	96(38,9%
Non désintoxiqués	1	2	8	9	26	27	33	41	7	154(61,6%
Totaux	1	5	24	25	47	44	43	54	7	250(100%

E - LES MALADIES ASSOCIEES

Nous avons vu déjà que le signalement au Centre est souvent fait pour un autre motif que l'alcoolisme.

Seulement 15 sujets ont été signalés uniquement pour "éthylisme", soit 6%.

Certaines associations sont classiques, en particulier la tuberculose et les affections psychiâtriques dont nous retrouverons la grande fréquence.

1°) Tuberculose

Si l'on ajoute aux 75 cas de tuberculose pleuro-pulmonaire masculine les 5 cas de tuberculose extra-pulmonaire et les 5 cas de tuberculose féminine, ces 85 cas rapportés aux 252 sujets donnent un pourcentage de 32,44.

C'est-à-dire que un sur trois des sujets alcooliques à reclasser au Centre André LEVEILLE est en même temps ancien tuberculeux.

Les tableaux V et VI montrent la répartition selon les différents types de tuberculose.

TABLEAU N° V

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET PLEURALE

Types de Tuberculose	Hommes	Femmes
T.P. unilatérale récente: antibiotiques	26	2
T.P. unilatérale récente: exerèse	2	-
T.P. unilatérale ancienne: antibiotiques	8	1
T.P. unilatérale ancienne: collapsothérapie médicale	2	-
T.P. unilatérale ancienne: collapsothérapie chirurgicale	1	-
T.P. bilatérale récente: antibiotiques	18	-
T.P. bilatérale récente: collapsothérapie médicale	1	-
T.P. bilatérale récente: collapsothérapie chirurgicale	-	1
T.P. bilatérale exerèse	1	-
T.P. bilatérale ancienne: antibiotiques	8	1
T.P. bilatérale ancienne: collapsothérapie médicale	5	-
T.P. bilatérale ancienne: collapsothérapie chirurgicale	2	-
Pleurésie sérofibrineuse	1	-
TOTAUX	75	5

TABLEAU N° VI

TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE = 5 CAS

- Ostéo-articulaire
  - Tumeur blanche — 1 cas
  - Coxalgie — 1 cas
- Génito-urinaire — 3 cas

2°) Affections psychiâtriques pouvant être considérées comme surajoutées

Chez les hommes	- névrose	19
	- psychose	2
	- cas d'hygiène mentale	2
	- arriéré mental	1

Soit 24 cas qui, rapportés aux 250 hommes, indiquent un pourcentage de 9,6.
Notons également 1 cas de névrose chez les femmes.

3°) La fréquence des arthroses et de la maladie de Dupuytren

est peut-être en rapport avec l'âge des sujets
37 cas chez les hommes, soit 14,8%
Notons également 2 cas chez les femmes.

4°) Le petit nombre de Polynévrites (9 hommes et 1 femme)
ou de Cirrhoses (4)
varices oesophagiennes (1)

indiqué pourrait surprendre. Rappelons qu'il ne s'agit ici que des maladies nettement caractérisées et ayant une influence directe sur les possibilités professionnelles du sujet.

5°) Nous retrouvons en bonne place les facteurs classiques de fragilisation biologique à l'égard de l'alcool, outre la tuberculose pulmonair

a) Traumatismes crâniens	21	soit 8,4 % chez les hommes
b) Comitialité	9	soit 3,6 % chez les hommes
c) Gastrectomies	12	soit 4,8 % chez les hommes.

6°) La fréquence de l'hypertension artérielle

est notable surtout chez les sujets ayant dépassé la quarantaine.
Chez les hommes, nous relevons 10 cas, soit 4%.

7°) Nous constatons 3 affections dermatologiques

Chez les 250 hommes = 2 psoriasis et 1 eczéma, soit 1,2 %
Ce pourcentage est évidemment insuffisant pour nous permettre d'invoquer une relation avec l'éthylisme des sujets telle qu'ont pu l'établir certaines observations (Raoul LECOCQ: thérapie 1953 - 8 n° 6, p. 893).

8°) Insistons particulièrement sur la fréquence des accidents

- Traumatismes crâniens 21 cas chez les hommes
  nous l'avons déjà vu + 1 cas chez les femmes
- Fractures 37 cas
- Traumatismes sans fractures 6 cas
- Amputations 5 cas.

9°) Les autres déficiences associées sont les suivantes:

	Hommes	Femmes
Etat général déficient	11	
Syphilis et séquelles	1	
Asthme et allergie respiratoire	7	
Obésité	1	2
Diabète	2	
Biermer	1	
Maladie de l'oeil	7	1
Maladie de l'oreille	2	
Maladies chroniques rhumatismales du coeur	2	
Maladie artériosclérotique et dégénérative du coeur	5	
Varices	5	3
Bronchite chronique	10	
Autres maladies respiratoires	14	
Ulcère	4	
Gastrite	1	
Hernie (ou éventration)	6	
Hernie opérée	2	
Diarrhée	1	
Séquelles Ol A opérée	1	
Insuffisance hépatique	1	
Néphrite chronique	1	
Arthrites et rhumatismes	7	
Malformation congénitale	1	
Hémiplégie d'étiol. non précisée	1	
Artérite	3	
Sciatique	1	
Glossite exfoliatrice	1	
Polypes	1	
Alcoolo-tabagique	1	
Silicose	1	
Eczéma du ciment	2	

F - LA PROFESSION DU SUJET AVANT L'ARRET DE TRAVAIL

Le tableau n° VII indique la répartition professionnelle des sujets en tenant compte à la fois de la branche d'activité et de la qualification. On remarque immédiatement qu'il s'agit surtout de métiers manuels. Deux explications peuvent être notées:

- il existe, nous l'avons vu, un alcoolisme "professionnel"
- ces métiers, impliquant la conduite d'un véhicule ou un travail sur des échafaudages, sont tout à fait contre-indiqués pour les sujets qui nous occupent et de ce fait un reclassement professionnel est nécessaire.

Sur 250 hommes, on trouve:

- 6 cadres ou maîtrise	)	
- 8 employés	)	125
- 111 ouvriers qualifiés	)	
- 52 ouvriers spécialisés		52
- 68 manoeuvres	)	73
- 5 gardiens	)	
		250

Dans ce tableau, nous avons décomposé, pour chaque branche professionnelle:

- le personnel qualifié: Q
- le personnel spécialisé: S
- les manoeuvres: M

TABLEAU N° VII - REPARTITION PAR AGE DES 250 HOMMES SELON LA PROFESSION ANTERIEURE

TRANCHES D'AGE		20/24			25/29			30/34			35/39			40/44			45/49			50/54			55/59			60/64			Total			TOTAL
QUALIFICATION		Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	
Métallurgie	M									1												1			1					3	3
Mécanique	Q							1			5			5			2			8			6			1			28			44
	S								1						4			4			2			4						15		
	M																					1								1		
Bâtiment	Q				1			3			2			5			3			5			7			2			28			46
	S														1			1			1									3		
	M			1						1			1			3			3			3			3					15		
Aménagements	Q				1			2			4			5			3			3			6			1			25			30
	S														1															1		
	M															1						2			1					4		
Bois	Q							1									1						1						3			7
	S								1						1						1									3		
	M																					1								1		
Chauffeurs	Q				1			3			2			2			3			2			3			2			20			22
	S																	2												2		
Hôtellerie	Q																1												1			7
	S								1															2						3		
	M									1						1						1									3		
Ouvriers du Commerce	S											2			1			3						2						8		15
	M												2			1			1			1			2						7		
Gros travaux	M									4			3			5			4			4			4					24	24
Manutention	M						1						1						2												4	4
Divers	Q							2									1			1			2						6			33
	S					1			2						6			1			4			2			1			17		
	M																					2			2					2		
Cadres	supérieurs																3															6
	maîtrise													1			3												3			
Employés	de bureau										2			2			1			1									3			3
	de commerce													1									1						2			
Services	entretien																								3					3		9
	gardien															1			1			2			1					5		
	valet de chambre												1																		1		
TOTAL	qualifiés	Q				3			12			15			21			22			20			26			6			125			250
	spécialisés	S					1			5			2			14			11			8			10			1			32		
	manoeuvres	M			1			1			7			8			12			11			13			8					73		
TOTAL GENERAL			1			5			24			25			47			44			43			54			7			250		

G - LA PROPOSITION DE LA COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION

Le tableau n° VIII montre que, dès l'abord, la Commission Technique d'Orientation a considéré comme "INAPTES" 57 des sujets dont les dossiers lui ont été présentés, soit 22,8%.

Un sujet assuré ne désire pas l'intervention du Centre, un autre n'a pas répondu, un autre sera repris par son ancien patron, six enfin contestent l'avis des Médecins et Techniciens du Service et se déclarent incapables de travailler.

Dans ces 9 derniers cas, soit 3,6%, le centre n'aura donc pas à intervenir.

Par contre, son action va se poursuivre, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, en ce qui concerne:

- les sujets en traitement ou à traiter:

  25 + 2 = 27 cas soit 10,8%

- les sujets en formation professionnelle (7), en réentrainement industriel (2), en reprise de travail avec contrat (3)

  égal 12 cas soit 4,8%

- les sujets pour lesquels ce service de placement va entreprendre une recherche d'emploi

  145 soit 58%.

Le graphique n° 8 met en évidence un fait bien compréhensible, le rapport INACTIF est nettement plus élevé à partir de 50 ans.

Le tableau n° IX et le graphique correspondant illustrent la perte de qualification lors de la recherche d'emploi pour ces 145 cas.

Cette perte est considérable pour les "cadres et maîtrise" ainsi que pour les "ouvriers qualifiés". Par contre, la recherche d'emploi de gardien s'avère la seule possible pour nombre de sujets ayant perdu toute qualification..

Au total, on constate que le Service va poursuivre son action pour:

27 + 12 + 145 = 184 soit 73,6% des cas.

TABLEAU N° VIII

PROPOSITIONS DE LA C.T.O.

Tranches d'âge	20 24	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total et %
N'a pas répondu		1								1
En traitement			3	3	6	7	3	3		25
A traiter							1	1		2 } 10,8%
Ne désire pas une intervention du Centre								1		1
Inapte			2	2	5	6	14	21	7	57 (22,8%)
Serait apte, se dit inapte					1	1	3	1		6
Sera repris par son employeur					1					1
En formation professionnelle		1	2	2	2					7
Réentraînement industriel				1	1					2 } 4,8%
Recherche d'emploi avec contrat				1			1	1		3
cherche d'emploi										
Maîtrise						1				1
Employé					4	2	2	1		9
Ouvrier qualifié			1	2	1	1	4	3		12
Ouvrier spécialisé		1	7	5	11	3	6	1		34
Manoeuvre	1	2	6	6	10	17	4	8		54
Gardiennage			3	3	5	6	5	13		35
TOTAUX	1	3	17	16	31	30	21	26		145 (58%)
TOTAL GENERAL	1	5	24	25	47	44	43	54	7	250

Graphique n° 8

Propositions de la Commission Technique d'Orientation en 1963

(pour les 250 hommes)

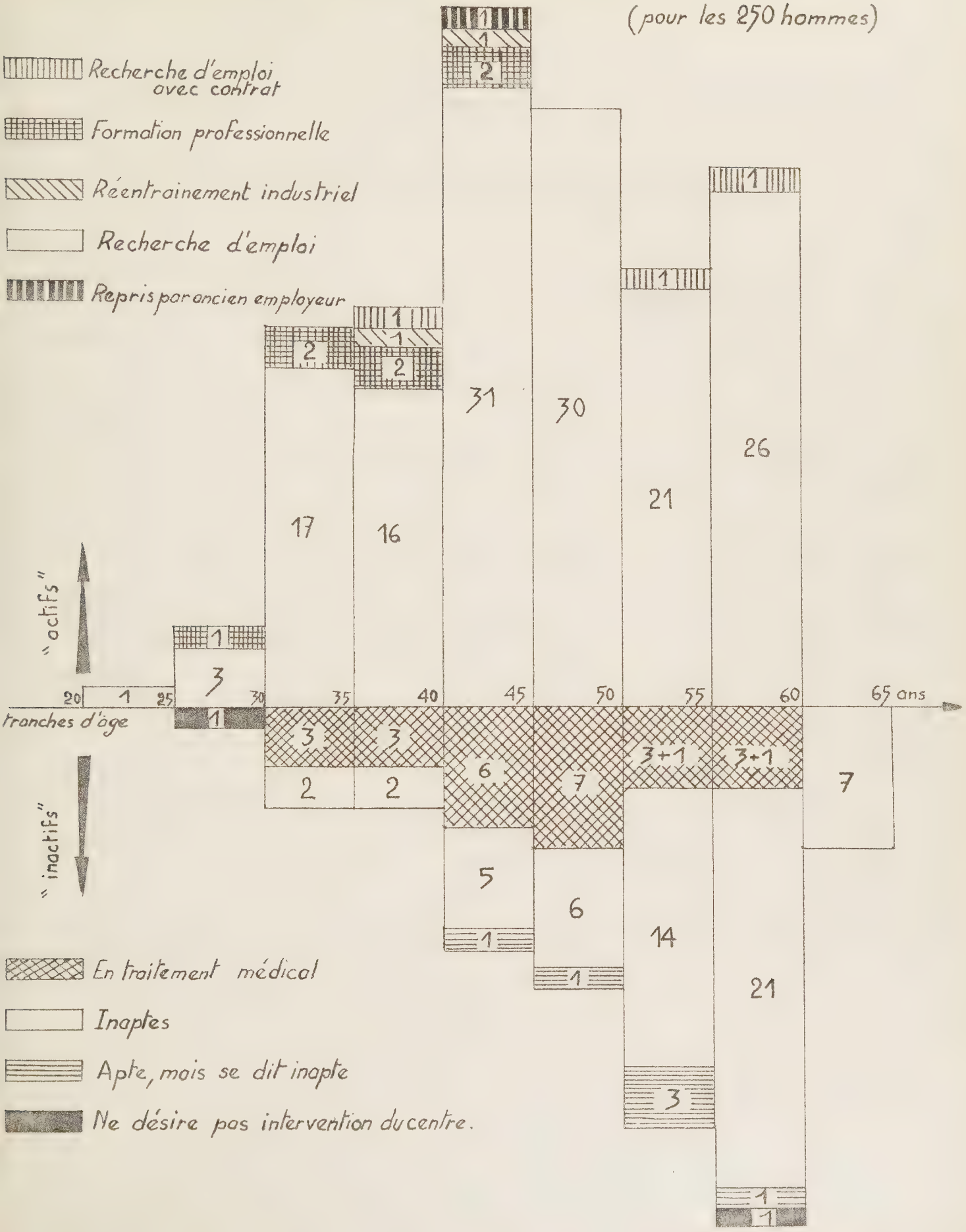


TABLEAU N° IX

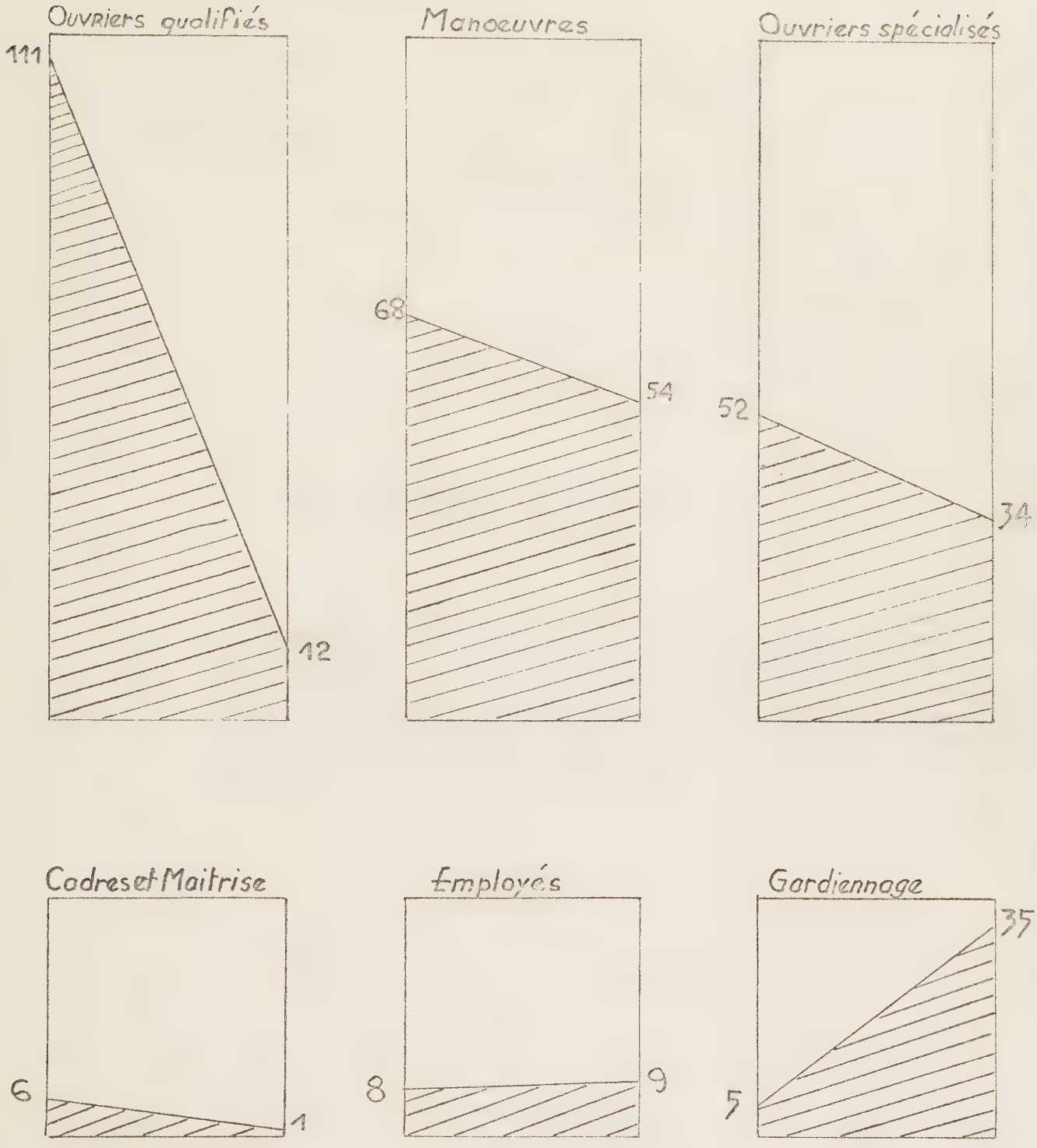
PERTE DE LA QUALIFICATION LORS DE LA RECHERCHE D'EMPLOI

Qualification	Métiers antérieurs nombre d'hommes sur 250	%	Recherche d'Emploi nombre de R.E. sur 145 proposés par la C.T.O.	%
Cadres ou maîtrise	6	2,4	1	0,69
Employés	8	3,2	9	6,21
Ouvriers qualifiés	111	44,4	12	8,28
Ouvriers spécialisés	52	20,8	34	23,45
Manoeuvres	68	27,2	54	37,24
Gardiennage	5	2	35	24,13
TOTAL	250	100 %	145	100 %

Graphique n° 9

PERTE DE QUALIFICATION

des 250 hommes



Le premier nombre indique combien d'hommes avaient antérieurement la qualification considérée.
Le second indique ce qui en restait lors de la tentative de reclassement professionnel.

II - ETUDE ANALYTIQUE DE 100 DOSSIERS

Les quelques observations qui suivent, plus biographiques que médicales, permettront d'illustrer les remarques faites dans ce travail, mettant en évidence l'instabilité de ces sujets sur les plans les plus divers et les difficultés rencontrées par le service dans la réalisation de dispositions qui paraîssent simples et logiques, mais dont la mise en oeuvre nécessite certaines circonstances favorables et le concours de nombreuses bonnes volontés, à commencer bien sûr par celle du sujet lui-même.

CAS 1

A... Louis - 36 ans
Marié, 1 enfant de 7 ans
Habite un petit pavillon de deux pièces cuisine
En maladie de longue durée
Niveau C.E.P.
Apprentissage de fraiseur à l'usine
Est à son 5ème employeur, le 3ème depuis 1960
Dernier poste: Fraiseur P. 3 - 5,50/h. - 110.000/mois

ANTECEDENTS

Plâtré 2 ans à Berck pour cyphoscoliose
Intervention juillet 1962: appendice retro-hépatique
Mai 1963: arthrodèse de coxarthrose droite: tête en acrylique.

EXAMEN MEDICAL

Le 6.11.1963 : acrocyanose

Le sujet boite, marche avec une canne et porte une semelle orthopédique, le membre inférieur droit présente un raccourcissement de 2,5 cm. On note une grosse atrophie de la cuisse droite, un blocage de la hanche.

Le sujet ne peut pas s'accroupir, la flexion-extension du genou est incomplète. Il ne peut soulever de poids. Par ailleurs, éthylique, dort mal, est nerveux, coléreux. Ses réflexes sont vifs, il présente des tremblements ++ mais refuse de suivre une cure de désintoxication.

C.T.O.

Le 12.11.1963 : proposition de recherche d'emploi "contrôleur mécanique".

Mars 1964: placé par le service comme contrôleur en pile électrique; il travaille juqu'au 28.8.1964.

Le 2.10.1964: son dossier est remis en cours. Il demande un nouveau contrôle médical pour qu'on l'autorise à reprendre son métier de fraiseur.

Le 13.10.1964: entre comme fraiseur P. 3 à Métox, PARIS 20ème, où il travaille 50 heures par semaine.

CONCLUSION

A la date de l'enquête, IL TRAVAILLE.

CAS II

B... Pierre - 43 ans
Divorcé
Vit seul dans une petite pièce prêtée par son frère
Niveau C.E.P.
Différents employeurs de 1948 à 1952
Dernier emploi: garçon maçon.

ANTECEDENTS

1949: première atteinte de tuberculose pulmonaire
12.1955: rechute, hospitalisé à l'Hôpital Tenon pour excavation sous-claviculaire droite avec BK +
Traitement P.A.S. + rimifon, puis pneumopéritoine
8.1956: Toujours BK +++ - VS, nombreuses cavités. Par ailleurs, hospitalisé à Ville-Evrard pour syndrome asthénique avec idées de persécution, tentative de suicide. Débilité mentale. Alcoolisme.
11. 3. 1958: On pratique une thoracoplastie droite: 5 côtes. Il existe de plus une petite atteinte de l'apex G. (BK +)
11 et 12.1960: hôtel Dieu, puis cure libre - pasiniazid = 3C/j.

EXAMEN MEDICAL

Le 12.12.1963, la tuberculose semble stabilisée chez ce sujet qui ne boit plus depuis 1958. Le foie déborde de 3 travers de doigts, mais les réflexes sont normaux et il n'y a pas de tremblements.

CONCLUSION

Insuffisance staturo-pondérale. Débilité, INAPTE à tout travail salarié.

C.T.O.

Le 13.12.1963: INAPTE.

CAS III

B... A. - 54 ans
Marié, 14 enfants (dont 2 décédés)
M.L.D. pour insuffisance cardiaque, arthériosclérose et hernie inguinale droite
Niveau C.E.P.
Chauffeur livreur
Chauffeur emballeur, un employeur du 4.9.1958 au 30.6.1960
Chauffeur livreur du 19.6.1960 au 21.6.1961
Arrêt de travail le 22.6.1961.

EXAMEN MEDICAL

En Juin 1962, troubles anciens du caractère chez un buveur de bière.

C.T.O.

Le 27. 6.1962: placier, bonne présentation, semble sérieux. Désire poste chauffeur 2 CV ou gardien de jour ou tout poste sédentaire.
Le 30. 8.1962: recherche d'emploi "chauffeur livreur léger 2 CV."
3.1963: placé par le service comme gardien à Sud-Aviation. Il est licencié en juin à la suite de son départ entre 2 agents.
5.1963: hospitalisé à Vaucluse pour 3 mois.
12.11.1963: Recherche d'emploi "garçon de bureau". Refusé aux essais de placement.
30.11.1963: Livreur
à 19. 2.1964: se trouve sans emploi par suppression du poste, ne veut plus faire le chauffeur.
8. 5.1964: a trouvé un emploi à Prisunic mais comme gardien de nuit, désire un emploi de jour.

CONCLUSION:

Le 7.10.1964 PLACE par le service comme ARCHIVISTE (à l'essai).

CAS IV

B. ... Raymond - 35 ans
Divorcé, a eu 3 enfants
Vivait maritalement, mais son amie est partie
Après des séjours à l'Armée du Salut et à l'Hôpital, trouve un 2 pièces cuisine le 25 septembre 1963.
M.L.D. pour bronchite chronique et éthylisme désintoxiqué
C.E.P. et C.A.P.
A eu déjà 7 employeurs
Etait en dernier lieu ajusteur-outilleur P. 3
Actuellement, doit verser à sa femme une pension alimentaire de 225 F. et le loyer pour accession à la propriété de son appartement est de 365 F.

ANTECEDENTS

A l'âge de 7 ans, coqueluche avec séquelles pulmonaires
Quatre interventions pour hémorroïdes, fissure de la marge de l'anus, abcès.
Arrêt de travail en août 1961 par neuropsychiâtre.
Décembre 1961: cure de désintoxication à Villejuif

En 1962: hospitalisation de 6 mois pour les bronches à Versailles
puis à Saint-Cloud
Novembre 1963 à Janvier 1964: nouvelle hospitalisation avec intervention pour sinusite maxillaire droite.

C.T.O.

La C.T.O. estime le 18.12.1963 que le sujet est apte à une reprise de travail à temps partiel dans son métier d'ajusteur-outilleur, mais en février 1964, le feu ayant pris chez lui, M. B..., à la suite d'une bagarre avec un voisin, est admis à l'Hôpital d'Orsay pendant 20 jours avec hématome périorbitaire. Il n'y a pas de troubles radiologiques.

Sorti de l'Hôpital d'Orsay le 21 février, il doit, dès le 23, être hospitalisé d'urgence à Saint-Joseph où il est suivi par le neurologue. Il subit un traitement remontant anti-hémorroïdaire. De nouvelles démarches sont entreprises en avril-mai 1964 au Centre André LEVEILLE.

Le placier note "présentation bonne - qu'y-a-t-il de vrai dans ce qu'il raconte ? Dit n'avoir jamais bu ... Veut recommencer à travailler à mi-temps, chez son patron ou chez un autre employeur".

Juin 1964: n'est pas repris par son ancien employeur et on ne trouve pas de travail à mi-temps.
M. B... dit qu'il va faire des démarches lui-même pour trouver du travail, même à temps plein.
Il n'a plus de domicile fixe.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête, ce sujet ne s'est plus manifesté et il n'a pas d'adresse connue.

CAS V

B... Antoine - 50 ans
Marié
Femme cuisinière
Art. 293 pour séquelles fracture du fémur droit, état général déficient, éthylisme et bronchite
Totalement illettré
A eu de nombreux employeurs.
Métier: monteur-levageur en charpente métallique.

ANTECEDENTS

En Septembre 1961: fracture ouverte du fémur droit aux suites très compliquées = cal. déformant douloureux, plusieurs interventions.

EXAMEN MEDICAL

Mai 1963, l'examen médical permet de constater que le sujet ne peut se tenir debout plus d'une heure et ne peut se déplacer sans canne. On note de plus un emphysème avec dyspnée +++. L'état général est médiocre. L'éthylisme important: le sujet reconnaît 2 litres au travail, 1 litre actuellement.

C.T.O.

Estime d'abord que M. B. doit encore être traité.

CONCLUSION:

A la suite de nouveaux examens, il est déclaré INAPTE le 20.5.1964.

CAS VI

B... Lucien - 50 ans
Divorcé depuis 5 ans, mais vient au Centre accompagné de sa femme.
Les deux enfants sont avec la mère.
En Invalidité pour tuberculose pulmonaire gauche et éthylisme désintoxiqué.
Sait lire et écrire
Etait tourneur de 1928 à 1959
Dernier poste: manoeuvre 15 jours en 1959.

ANTECEDENTS

En 1944: gastrectomie pour ulcère
En 1960: tuberculose pulmonaire gauche. Traitement antibiotique sanatorial à Saint-Denis puis à Saint-Gobain.
En 1961: nouvelle hospitalisation de 6 mois à Eaubonne pour intoxication éthylique avec polynévrite.
Une cure de désintoxication est pratiquée.
De plus, une fracture du radius droit avec luxation du poignet nécessite le port d'un plâtre 45 jours.

C.T.O.

En 1963, estime le sujet apte à un travail léger, mais celui-ci ne le désire pas.

CONCLUSION

APTE à un travail léger.

CAS VII

C... Louis - 35 ans
Marié, 2 enfants
La famille vit dans un 3 pièces cuisine dont le loyer s'élève à 227 F. par mois.
En M.L.D. pour polynévrite avec névrite optique bilatérale, hernie discale, surdité.
Niveau C.E.P. + C.A.P. tourneur-ajusteur
A eu de très nombreux employeurs
Périodes de travail entrecoupées de chômage et d'arrêts maladie.
En dernier lieu tourneur-ajusteur P. 3
Il perçoit actuellement pour faire vivre sa famille: 125 F. d'allocations logement, 145 F. d'allocations familiales, 363 F. de la Sécurité Sociale = 633 F.

ANTECEDENTS

En 1936: tuberculose pulmonaire gauche. Soigné à Foch puis à domicile.
11.4.62: arrêt de travail, hospitalisé à St-Germain-enLaye pour polynévrite des membres inférieurs. Il est désintoxiqué en août 1962.
En 1963: il souffre d'une sciatique droite dûe à une hernie discale. Traitement par infiltrations épidurales d'hydrocortisone.

EXAMEN MEDICAL

8.8.1963: forte hypoacousie dûe au traitement antituberculeux (streptomycine).
Une tendance dépressive, une fatigabilité à la marche et à la station debout prolongée.
L'état général est médiocre .
Il existe un gros tremblement digital. Un examen psychotechnique est pratiqué.
Le placier note: "le candidat se présente correctement, paraît déprimé, prend régulièrement de l'espéral, semble vouloir travailler."

C.T.O.

Octobre 1963: proposition de recherche d'emploi: montage contrôle 1/2 assis.

M. C..., après une nouvelle crise de sciatique en décembre, doit être hospitalisé en janvier 1964 à la Salpétrière pour rechute d'éthylisme. Il fait ensuite un séjour d'un mois au Curatorium de THUN.

A la fin de 1964, le sujet dit vouloir travailler mais le placier note "désir de travail peu affirmé, sujet plus dégradé qu'en 1963". Cependant, il contacte lui-même un employeur de son quartier mais n'est pas pris. Deux tentatives de placement par le service échouent.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en janvier 1965, M. C. est TOUJOURS SANS TRAVAIL.

CAS VIII

C. Marcel - 57 ans
Célibataire
En M.L.D. pour tuberculose pulmonaire bilatérale, varices et éthylisme.
Niveau C.E.P.
A été épicier
Dernier emploi de 1959 à 1961: O.S. machines, emballeur.

ANTECEDENTS

Bronchitique chronique depuis 1917

En 1925: luxation de l'épaule droite
En 1926: angine diphtérique
En 1933: luxation du genou droit
En 1934: lumbago aigu
En 1936: fracture du 2ème métacarpien g. I.P.P. 8%, varices
En 1937: pleurésie serofibrineuse
En 1951: tuberculose pulmonaire bilatérale
hospitalisé à Brie Comte Robert
toujours plus ou moins en traitement jusqu'en 1957.
En 1957: reprise du travail
En 1961 et 1962: rechute de la tuberculose BK + dans le pyothorax droit. Hospitalisation à Tenon, puis séjour en sanatorium. Enfin, postcure à Coubert jusqu'en février 1963.

EXAMEN MEDICAL

Il note chez ce sujet larmoyant, toux ++, expectoration ++, dyspnée d'effort ++. L'éthylisme probable est nié, tremblements +.

C.T.O.

En novembre 1963, déclare le sujet inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS IX

C. ... Stanislas - 43 ans
Né à Varsovie, de nationalité polonaise
Marié, 2 enfants de 11 et 17 ans
Son épouse est femme de salle au sanatorium de Champrosay
Lui est sans logement actuellement et couche à la belle étoile
En Invalidité pour tuberculose pulmonaire bilatérale, éthylisme et trauma crânien.
Lit le français, ne l'écrit pas. Dit avoir son baccalauréat en Pologne. Etait monteur électricien jusqu'au traumatisme crânien en 1956, puis manoeuvre en menuiserie.

ANTECEDENTS

En 1950: cure de désintoxication sans résultat
En 1953: tuberculose pulmonaire biapicale. Traitement sanatorial 1 an strepto + INH + PAS (en fait 6 mois).
En 1954: reprise du travai.
En 1955: nouvelle désintoxication
En 1956: accident de travail, chute de 10 mètres, trauma crânien avec perte de connaissance d'une journée - Arrêt de travail 3 semaines.
En 1958: nouvelle désintoxication, récidive rapide
En 1959: rechute de la tuberculose, lobite supérieure droite excavée. Traitement discontinu successivement à Eaubonne, à Ris-Orangis et à Aincourt jusqu'en février 1960. A chaque fois, le sujet quitte le sanatorium pour "raisons personnelles".
En 1962: il est hospitalisé à l'Hospice de Poissy, puis au sanatorium des Pins jusqu'en janvier 1963. Il a suivi un traitement antibiotique discontinu de 1959 à Janvier 1960 ayant reçu:

. streptomycine 314 g.
. P.A.S. 5370 g.
. INH 280 g.
. 1314 48 g.
. cycloserine 65 g.
. kanamycine 42 g.

Le dernier examen BK + date de septembre 1962.

En 1963: Post-Cure à Coubert.

EXAMEN MEDICAL

Le 6.8.1963, l'examen médical note:

"Le sujet a fait 7 sanatoriums, "tous des prisons" dit-il. L'éthylisme est nié, le foie déborde de 2 travers de doigts, l'haleine est aromatique, une nouvelle cure serait sans intérêt, peut-être pourrait-on envisager un poste "garçon de sanatorium" à l'entretien, isolé, sans contact avec des jeunes"

Le placier commente:

Il est accompagné par sa femme
Elle, nette et enigmatique
Lui, brûlé par le soleil, un homme des bois qui couche dehors depuis un mois. Il a une haleine d'ivrogne. Les enfants sont placés. Il veut un emploi logé et nourri.
Impossible de le présenter à un employeur.

C.T.O.

Le 18.9.1963, ce sujet inclassable est déclaré inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS X

C... Christian - 30 ans
Célibataire
Vit chez ses parents
En invalidité pour éthylisme désintoxiqué et dilatation des bronches.
Ecole primaire jusqu'à 15 ans.

Apprentissage de forge, soudure et ajustage en usine: diplôme
4ème employeur: monteur en charpente, tôlier soudeur, ouvrier d'entretien
En dernier lieu: manoeuvre 2 F./H.

ANTECEDENTS

En 9.1955: est fait le diagnostic de D.D.B.
7.9.1960 au 23.2.1961: hospitalisé à l'Hôpital d'Eaubonne pour traitement médical des bronches, drainage postural
5.5.1961: passe plusieurs mois à l'Hôtel de Cure de Sujadoro à OSSEJA (PO où il passe un examen psychotechnique qui conclut à la possibilité d'une rééducation en ajustage électricité.
5.2.1962 au 28.5.1962: traité pour éthylisme chronique à l'Hôpital d'Eaubonne, consultation neuropsychiâtrie.

EXAMEN MEDICAl

Sobre actuellement - D.D.B. hippocratisme digital - Ethylisme.

C.r.O.

Le 15.6.1962: rééducation "ajustage électrique" 11 mois précédée de 4 mois de stage préparatoire
Le 21.11.1962: entrée au Centre de la Tour de Gassies à BRUGES (Gironde)
9. 1.1963: renvoyé pour des raisons d'ordre disciplinaire
"dans la soirée du samedi 5, est rentré au centre complètement ivre, effrayant ses camarades, menaçant de se suicider. Son incartade a fait trop de bruit pour qu'il me soit possible de faire preuve d'indulgence."

EXAMEN MEDICAL

Février, mars, avril: cure de désintoxication conseillée
18.4.1963 au 5.5.1963: cure de désintoxication à Bicêtre
25.6 au 24.9.1963: repos au Curatorium de Malveau-Amboise.

C.T.O.

22.10.1963: recherche d'emploi "magasinier","teneur de fiches"

EXAMEN MEDICAL

13.12.1963 au 2.3.1964: hospitalisé à Eaubonne pour épisode aigu, non tuberculeux.

C.T.O.

La décision de la C.T.O. est maintenue: recherche d'emploi.
29 Mai: refuse emploi éloigné du domicile.

CONCLUSION

28.10.1964: PLACE par service AIDE MAGASINIER Labo Diamant.

CAS XI

D... Adrien - 50 ans
Marié, 1 enfant lui-même marié
Habite un petit pavillon dont il est propriétaire
Art. 293 pour éthylisme, polynévrite des membres inférieurs, état général déficient, cirrhose
Sait lire, écrire
Etait ouvrier du bâtiment

ANTECEDENTS

Arrêt de travail en 1957 pour arthrose
Plusieurs signalements au Centre, mais le sujet est toujours en traitement.

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical du 15.11.1963 indique:

"L'éthylisme est certain mais nié. Le foie est hypertrophié. Le sujet accuse des céphalées. Aux membres inférieurs, il existe des crampes et un steppage, la force musculaire est diminuée, les achiléens abolis. Tremblements distaux ++, tremblements de la langue".

C.T.O.

Le sujet refusant la cure de désintoxication, la C.T.O. doit le déclarer inapte à tout emploi le 11.12.1963.

CONCLUSION

INAPTE à tout emploi.

CAS XII

D... Raymond - 43 ans
Célibataire isolé, vit dans une chambre d'hôtel
En maladie pour trauma crânien, fracture du bassin, du fémur, de la tibiotarsienne droite et éthylisme.
Sait lire, écrire
Etait vaisselier sur machine (plongeur)

EXAMEN MEDICAL

Il constate les séquelles d'une chute d'un troisième étage. Le membre inférieur droit présente un raccourcissement de 5 cm. Le sujet porte une talonnette, l'articulation tibiotarsienne est bloquée, il existe un oedème de la cheville. Par ailleurs, atrophie de la cuisse et du mollet. La marche n'est pas facile, le sujet s'aide d'une canne anglaise. On note un discret signe de Romberg.

Le foie déborde de 2 travers de doigts. Il existe des douleurs des mollets. Les tremblements, surtout intentionnels, sont importants. Le Médecin estime qu'un échec de la recherche d'emploi est à prévoir.

Le placier indique: "Assez grand, mince, bonne présentation, aimerait une place de gardien de square ou de cimetière. Peut marcher en terrain plat (pas d'escaliers), néanmoins difficilement plaçable comme gardien."

C.T.O.

Tentative de recherche d'emploi "gardien". Les deux essais de placement tentés par le service n'aboutissent pas.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête le 28.1.1965, M. D. est toujours à la RECHERCHE d'UN EMPLOI.

CAS XIII

D... Pierre - 58 ans
Divorcé, a eu une fille, actuellement mariée qui s'occupe de la Croix d'Or
En maladie pour éthylisme désintoxiqué
Lit et écrit un peu
A travaillé pendant 33 ans dans les mines, venu à Paris en 1952 à la suite de ses difficultés conjugales. En dernier lieu, de 1958 à 1960, était traceur mécanique à Sud-Aviation. A été licencié.

ANTECEDENTS

Intervention pour hernie inguinale
A subi 4 cures de désintoxication
En 1956: trauma crânien avec séquelles à type de céphalées
14.11.1960: arrêt de travail. A la suite de troubles psychiques d'étiologie manifestement éthyliques, il est hospitalisé à Ste-Anne, puis à Ville Evrard et fait ensuite un séjour au Château de Thun (en tout 9 mois).

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical note chez ce sujet obèse une dyspnée. Les bronchites sont fréquentes. Silicose.

C.T.O.

La C.T.O. déclare ce sujet, en raison de ses déficiences et de son âge, inapte le 6.11.1963.

CONCLUSION:

INAPTE. Il attend son admission dans une maison de retraite de la Drôme.

CAS XIV

D... Maximilien, Auguste - 53 ans
Séparé, vivant maritalement. A quatre enfants en bas âge. Ils vivent dans quatre pièces. Il y a trois tuberculeux pulmonaires dans la famille.
En invalidité groupe 1 pour tuberculose pulmonaire bilatérale et éthylisme
Niveau C.E.P. Formation professionnelle: mécanique générale et automobile.
A eu trois employeurs en 9 ans.
En dernier lieu: mécanicien auto P 3

ANTECEDENTS

Pleurésie droite avec séquelles radiologiques ++
En 1955: découverte d'une tuberculose pulmonaire largement excavée
A la suite d'un premier signalement en 1957, il refuse un travail à mi-temps car est encore fatigué.
En 1959: travaille sous traitement médical
En 1960: continue à travailler par nécessité malgré une dyspnée ++ et une tachycardie d'effort. Les radios montrent toujours des lésions excavées du sommet droit.

EXAMEN MEDICAL

Bronchite chronique avec poussées aiguës. Toux ++, expectoration ++, dyspnée ++.
Suivi à Tenon (Pr Brocard).
L'éthylisme est avoué, le foie descend jusqu'à l'ombilic. Il existe une importante fibrillation de la langue. Le sujet souffre de crampes, de cauchemars.

C.T.O.

Le 3.9.1963, sujet inapte.

CONCLUSION:

Sujet INAPTE.

CAS XV

D... Hernin - 35 ans
Célibataire, vit à l'hôtel
En maladie pour fracture de l'humérus gauche, éthylisme et névrose
Père suicidé, enfant de troupe, diplôme: C.E.P., niveau B.E.
Militaire de carrière de 1946 à 1951
Invalide de guerre à 30%. Chômage
Un emploi en 1960: garçon de bureau 460/mois. Licencié en raison de ses nombreuses absences.

ANTECEDENTS

En 1949: atteinte encéphalitique en Indochine
En 1955: tuberculose pulmonaire BK +. Stabilisée depuis 1957
Episode de déséquilibre psychique avec hyperémotivité, bégaiement, E.E.G. perturbé ?
En 1962: hospitalisation à Montmorency
En 1963 hospitalisation à Saint-Denis puis à Saint-Maurice pour blessure région orbitaire. Hospitalisation à Saint-Antoine puis à Saint-Maurice pour fracture du col huméral. Désintoxication à Saint-Maurice, puis séjour au Curatorium de Thun où l'on note une tendance aux récidives.
Effectivement, il quitte Thun, prend une chambre d'hôtel où il est ramené 3 fois en 5 jours par la police.
En 1964: hospitalisation au Centre Psychothérapique B. Durand à Etampes.

C.T.O.

Le 2.9.1964, déclaré inapte; il va retourner dans le Finistère à son lieu de naissance.

CONCLUSION

Sujet INAPTE. L'armée lui accorde 100%.

CAS XVI

D... René - 59 ans
Célibataire isolé, couche au dortoir de l'Armée du Salut
Art. 293 pour éthylisme, état général déficient et baisse de l'acuité visuelle.
Sait lire et écrire.
A eu de nombreux employeurs.
En dernier lieu: ajusteur.
Arrêt de travail Avril 1962.

EXAMEN MEDICAL

Désir sincère de travail. L'éthylisme est avoué et probablement en régression (2 litres autrefois, 1 litre actuellement). Le foie déborde de 2 travers de doigts, crampes, faiblesses, amyotrophie des membres inférieurs.

C.T.O.

Le 17.9.1963, la C.T.O. propose une recherche d'emploi: ajusteur-monteur, poste partiellement assis.
Le sujet est physiquement trop faible pour le premier poste proposé.
Depuis le 16 octobre 1964, est employé comme gardien de nuit.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête en décembre 1964, IL TRAVAILLE.

CAS XVII

D... Michel - 29 ans
Marié, 4 enfants, l'un est décédé.
En maladie pour éthylisme désintoxiqué et fracture du calcanéum droit et de la jambe gauche.
Illettré.
Formation de boiseur cimentier au Centre de F.P.A. de Persan (S. et O.)
Permis de conduire
A eu de nombreux employeurs. Travail entrecoupé de périodes de chômage.

ANTECEDENTS

En 1954: Accident du travail
En 1963: Fracture ouverte de la jambe gauche
L'enquête sociale indique que le reclassement serait probablement difficile surtout dans la région...

EXAMEN MEDICAL

L'éthylisme est nié. Le sujet refusant la désintoxication, la rééducation n'est pas possible malgré l'âge.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi immédiate: manutention 1/2 assise
En novembre 1963, M. D... commence à travailler sur un chantier de construction.

CONCLUSION

DECEDE le 5 février 1964.

CAS XVIII

D... Roger - 40 ans
Marié, 2 enfants, vit dans un appartement de trois pièces
En invalidité groupe 2 pour gastrectomie, tuberculose pulmonaire bilatérale, éthylisme désintoxiqué.
Niveau d'instruction: C.E.P. après scolarité normale
Travail: commence dans le bâtiment puis occupe des emplois très variés, entre autre est vendeur.
En dernier lieu, travaille en qualité d'O.P. 2.

ANTECEDENTS

En 1950: gastrectomie
En 1959: tuberculose pulmonaire bilatérale, difficile à traiter chez cet éthylique indiscipliné. Travaille quatre mois.
En 1960: rechute BK +
En 1962: Cure de désintoxication à Bicêtre. Poussée évolutive de tuberculose, BK +. Pneumothorax thérapeutique jusqu'en 1963.

EXAMEN MEDICAL

En juillet 1963: BK résistants sauf au 1314 et Diatox qu'il prend encore. Il buvait cinq litres de bière avant la désintoxication, en boit encore un peu.

L'examen psychotechnique (août 1963) note: "assez bien tenu... Ne manque pas de sens pratique et de capacités, mais n'a pas les aptitudes pour entreprendre une formation qualifiée au Centre. De plus, ne connaît que les quatre opérations. Son habileté pour les petites manipulations est médiocre".

C.T.O.

Proposition: réentraînement industriel de 4 mois à Suzanne MASSON. Un avis favorable pour les prestations supplémentaires est accordé.
En septembre 1963, M. D... a trouvé un emploi de 600 F./mois dont il est satisfait.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête en janvier 1965, il TRAVAILLE toujours à cette même place et en est satisfait.

CAS XIX

F... Jacques - 57 ans
Marié, séparé
En maladie pour éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P.
Chez son dernier employeur depuis 1955, comme aide-monteur en chauffage central.

ANTECEDENTS

En 1943: gastrectomie
En 1953: Intervention pour hémorroïdes
En 1961: désintoxication
En 1963: désintoxication, puis séjour 3 mois en Curatorium

C.T.O.

En décembre 1963, estimant ce sujet inapte à son métier, la C.T.O. propose une recherche d'emploi: gardien de jour ou de nuit, manutention moyenne.

Le sujet refuse mais trouve lui-même un emploi plus proche chez son ancien employeur. IL TRAVAILLE 10 heures par jour de décembre 1963 à décembre 1964.

CONCLUSION

Le 17 décembre 1964, il doit ENTRER au SANATORIUM de Saint-Martin du Tertre.

CAS XX

F... Marcel - 54 ans
Marié, 6 enfants dont 3 encore à charge
En invalidité groupe 2 pour arthrose vertébrale et éthylisme
Sait lire et écrire
A travaillé 9 mois en 1957 comme manoeuvre en tôlerie à 2 F/h., licencié.
En longue maladie de 1957 à 1960: arrêt de travail en 1957 pour très importante cervicarthrose et lombarthrose. Cyphoscoliose. Raideur de la colonne, Lassègue à G., périarthrite scapulohumérale plus marquée à D., rotuliens abolis.

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical de 1963 note de plus une ostéophytose ++. La raîdeur entraîne une limitation très importante des mouvements, il n'y a pas possibilité d'effort prolongé. Ce sujet insuffisamment traité relève d'une thérapeutique en milieu hospitalier.

Par ailleurs, on note un emphysème, une éventration paramédiane. En ce qui concerne l'éthylisme: polynévrite des membres inférieurs, amyotrophie, les achiléens sont abolis. Le sujet se plaint de vertiges et de céphalées. Il doit se faire accompagner dans le métro.

Le neuropsychiâtre signale: "nervosisme, petits troubles caractériels, instabilité psychomotrice, insomnie, aggravation de son état par apport éthylique."

La cure de désintoxication est impossible du fait des protestations de sobriété: ne boit que de l'évian...

C.T.O.

En 1963: Inapte (à traiter)

CONCLUSION:

Sujet INAPTE, à traiter.

CAS XXI

F... Marcel - 54 ans
Divorcé, 1 enfant
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire droite et éthylisme
Niveau C.E.P.
Garçon d'hôtel
En Mars 1962: tuberculose pulmonaire droite BK +, traitée par antibiotique Sanatorium puis post-cure à Sillery jusqu'en janvier 1964.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: aide jardinier, logé de préférence

CONCLUSION

Le service lui propose successivement 3 postes mais il ne se MANIFESTE PAS ou ne PREND PAS son poste jusqu'au moment de l'enquête.

CAS XXII

G... Jean - 33 ans
Marié, sans enfant
En maladie longue durée pour névrose et éthylisme désintoxiqué
Niveau de la première partie du baccalauréat moderne
Assez stable dans sa vie professionnelle jusqu'en 1960.

ANTECEDENTS

Cure de désintoxication à Nogent-sur-Marne en 1959. Ayant rechuté en 1960 donne sa démission de magasinier au Magasin Central de la Sûreté Nationale.

Lorsqu'il se présente au service, il est sobre et de bonne présentation mais a été licencié de sa nouvelle place car une enquête pratiquée par l'employeur a révélé qu'il a subi une cure de désintoxication.

En novembre 1960, il se place lui-même à la Compagnie Industrielle des Téléphones tout en apprenant le métier de photograveur. Il doit, de temps en temps, arrêter son travail pour états dépressifs et psychasthénie.

En juin 1963, il est licencié pour décentralisation de l'entreprise.

C.T.O.

A la suite de la décision de la C.T.O., il est placé par le service comme photograveur, il s'estime bien placé indiquant en février 1965: "Je suis très satisfait de mon travail ainsi que de l'ambiance du service. Etant déjà photograveur professionnel, j'ai appris, sous les ordres de mon contremaître une quantité de choses nouvelles". Son salaire horaire est de 4,80 F.

Sa réponse comporte un post-scriptum: "je suis guéri définitivement".

CONCLUSION:

TRAVAILLE en qualité de photograveur.

CAS XXIII

G... Théophile - 34 ans
Vit maritalement, le fils de l'amie est au foyer. Logement de 2 pièces.
En maladie pour discopathie et éthylisme désintoxiqué.
Illettré
Cantonnier.

ANTECEDENTS

Septembre 1962 à Mai 1963: hospitalisé à Cochin pour discopathie L. 5 - S.1. Porte un lombostat.
Juin 1963: Cure de désintoxication à l'Hôpital Bicêtre. Retour au domicile.

C.T.O.

En décembre 1963, prévoit une recherche d'emploi de manoeuvre à l'entretien car le sujet doit être exempté de travaux de force.
En Avril et Mai, il doit être hospitalisé à Etampes.
Retour chez lui en convalescence.

CONCLUSION:

Le 7.7.1964: DECEDE.

CAS XXIV

H... Jacques - 56 ans
Divorcé, vit maritalement chez son amie concierge. A eu 1 enfant.
En maladie pour éthylisme et bronchite chronique.
Sait lire et écrire.
A eu trois employeurs de 1954 à 1962.
Manoeuvre, gardien.

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical de novembre 1963 note chez ce sujet longiligne et maigre: bronchite chronique, toux ++, expectoration ++.

Ethylisme nié, intoxication massive et ancienne.

Etat général très médiocre, anorexie, hépatomégalie, le foie déborde de trois travers de doigts, polynévrite, les rotuliens sont abolis, névrite optique rétrobulbaire.

C.T.O. et CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXV

H... Marcel - 58 ans
Marié, sa femme est concierge, 2 enfants
La loge est sombre, mais grande et bien tenue
En maladie de longue durée pour tuberculose pulmonaire, asthme, éthylisme désintoxiqué et hypertension artérielle.
Sait lire et écrire
Peintre en bâtiment.

ANTECEDENTS

En 1958: tuberculose pulmonaire gauche
En 1959: désintoxication
En 1962: rechute de tuberculose, 2 mois à Beaujon, 6 mois à Villiers-sur-Marne.

EXAMEN MEDICAL

Novembre 1963: dyspnée, éventration, T.A. 19-12. Le foie déborde de 2 travers de doigts, le sujet est sobre actuellement.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: gardien surveillant, garçon de bureau

Placé comme portier en décembre 1963, il accepte un emploi au sous-sol où il ne peut tenir du fait de son asthme et doit cesser le travail en Avril 1964.

Il est replacé tout de suite par le service comme garçon de bureau.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, IL TRAVAILLE.

CAS XXVI

H... Alphonse - 45 ans
Marié, 5 enfants
En Art. 293 pour bronchite chronique et éthylisme désintoxiqué.
Niveau C.E.P.
Chez le même employeur depuis 1961 comme chauffeur manutentionnaire à 160 F/semaine. Est licencié pour cessation de commerce.
En septembre 1961: arrêt de travail. Repos et traitement à domicile pour bronchite.
Décembre 1962: intervention pour hémorroïdes.

EXAMEN MEDICAL

En 1963: bronchite chronique, tabagisme: toux ++, expectoration ++, dyspnée, râles bronchitiques de deux champs.
Ethylisme imprégnation +++. Le foie déborde de 3 travers de doigts. Tremblements ++, mais le sujet nie tout abus, dit ne plus boire que de l'eau minérale.

Le pronostic d'une cure de désintoxication est à peu près nul.

Le sujet ne veut pas travailler.

C.T.O.

La C.T.O. estime que ce sujet inapte à un travail régulier relève de l'Invalidité groupe 1.

CONCLUSION

Sujet INAPTE à un travail régulier, relève de l'INVALIDITE.

CAS XXVII

J... André - 48 ans
Marié
Sait lire et écrire
Manoeuvre gros travaux
En invalidité groupe 2 pour épididymite tuberculeuse, éthylisme, entorse du genou droit et mauvaise acuité visuelle.

EXAMEN MEDICAL

L'épididymite tuberculeuse droite puis gauche sans atteinte rénale a été traitée médicalement. On note une légère boiterie. L'éthylisme s'accompagne de tremblements avec trémulation de la langue.

C.T.O.

Le sujet refusant la cure de désintoxication, la C.T.O. doit le classer inapte.

CONCLUSION:

Sujet INAPTE.

CAS XXVIII

L... Maxime - 63 ans
Veuf
Niveau C.E.P.
En maladie Longue durée pour tuberculose pulmonaire, éthylisme et artérite membre inférieur droit
4 employeurs depuis 1921
Chez le dernier depuis 1951: chauffeur poids lourds

ANTECEDENTS

En 1960: tuberculose pulmonaire bilatérale, toujours BK - , traitée par streptomycine + INH à l'Hôpital Laënnec, puis à Saint-Martin du Tertre, puis à l'Hôtel de Cure d'Osséja. Sortie en 1963, tuberculose stabilisée.

EXAMEN MEDICAL

Toux, expectoration ++, obésité, artérite du membre inférieur droit.
Ethylisme +++

C.T.O.

Ce sujet, âgé, est inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXIX

M... André - 44 ans
Marié, 5 enfants
En Art. 293 pour tuberculose pulmonaire et éthylisme
Niveau inférieur au C.E.P.
Apprentissage de fumisterie. A tenu des emplois très variés: manutentionnaire, O.S., ouvrier du bâtiment, manoeuvre, maçon.
En dernier lieu maçon jusqu'en 1958.

ANTECEDENTS

En arrêt de travail depuis 1958 pour amaigrissement, dyspnée d'effort, douleurs articulaires.

En 1961, il fait une "congestion pulmonaire"

EXAMEN MEDICAL

Au premier signalement, l'examen médical de 1962 note: asthénie ++, toux ++, expectoration ++. Traitement hospitalier. Foie énorme descendant jusqu'à l'ombilic, dur.

Les rotuliens sont vifs. Le sujet souffre de pituites. L'éthylisme est avoué. Le sujet doit encore être traité.

C.T.O.

En 1963, le sujet refusant la cure de désintoxication, la C.T.O. doit le classer, en octobre 1963, inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXX

M... Henri - 47 ans
Marié, 1 fils non à charge
Sait lire et écrire
Permis pour voiture légère
Dernier emploi: manoeuvre en bâtiment 2,70 F/h.
En maladie pour éthylisme avec troubles hépatiques et polynévrite, lombalgies.
En 1963 doit être hospitalisé à Versailles pour troubles hépatiques et lombalgies.

EXAMEN MEDICAL

Le foie déborde de 2 travers de doigts. Il existe un tremblement digital et des crampes des mollets. Par ailleurs, scoliose lombaire et arthrose. Le sujet accepte la cure qu'il subit du 10 au 27.11.1963 à l'Hôpital de Bicêtre.

C.T.O.

En décembre: la C.T.O. propose une recherche d'emploi: manutentionnaire proche du domicile.

En janvier 1964: il travaille comme manutentionnaire de l'Intendance Militaire à Saint-Cyr l'Ecole, mais il est renvoyé.

Dans son emploi suivant, il utilise un marteau-piqueur et doit s'arrêter en Mai pour maladie. L'examen constate que ce travail est contre indiqué pour lombalgies.

La C.T.O. propose une recherche d'emploi plus douce.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en janvier 1965, le sujet est toujours sans travail, en RECHERCHE D'EMPLOI.

CAS XXXI

M... Isidore - 57 ans
Vivant maritalement
En maladie pour traumatisme crânien et éthylisme
Sait lire et écrire
Militaire jusqu'à la réforme (définitive en mars 1962)
Ensuite aide-magasinier puis brûleur de café. Il gagnait 540 F/mois en plus de sa pension militaire. Actuellement: pension militaire 60% + rente A.T. 35%.
En arrêt depuis l'accident du travail du 18.10.1961: chute d'une échelle entraînant un traumatisme crânien auquel sont attribués les troubles actuels.

EXAMEN MEDICAL

Le reclassement est demandé pour tendance vertigineuse prédisposant aux accidents de hauteur.

L'état général est médiocre.

L'éthylisme est chronique, le foie déborde de 2 travers de doigts. Le sujet est inapte aux travaux dangereux et aux responsabilités.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: gardien de jour, aide-magasinier, travaux moyens au sol.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en décembre 1964, le sujet est toujours à la RECHERCHE d'UN EMPLOI.

(On peut penser qu'il se contente de "la petite rente qui lui permettra d'élever des lapins à la campagne".)

CAS XXXII

M... Jacques - 34 ans
Célibataire
En accident du travail pour séquelles ouvertes du coude droit et luxation épaule droite et éthylisme. Cas d'hygiène mentale.
Niveau C.E.P. + C.A.P. tourneur
A travaillé comme tourneur P. 1 avec changement fréquent d'employeur.
En dernier lieu: livreur de jour, plus travail non déclaré la nuit aux Halles.
En juillet 1963: accident du travail: hospitalisation 18 jours à l'Hôpital Vaugirard.

EXAMEN MEDICAL

Séquelles de l'accident: gros handicap, ne peut pas porter. De plus, instabilité caractérielle.

L'éthylisme est assuré, le foie déborde de trois travers de doigts. Le sujet refuse la cure de désintoxication conseillée par le psychiâtre et le médecin.

C.T.O.

Le 18.12.1963, la C.T.O. le déclare donc inapte.

CONCLUSION

INAPTE. Le sujet dit qu'il se placera lui-même.

CAS XXXIII

P... Marcel - 58 ans
Marié, 1 fille, domicile personnel
En Art. 293
Niveau C.E.P.
Garçon de café

ANTECEDENTS

Rhumatisme du genou gauche, furonculose, ulcère variqueux de la jambe droite, paratyphoïde en 1954.

En 1958, tuberculose pulmonaire ulcéro nodulaire droite révélée par une hémoptysie. Traitement par antibiothérapie triple à Beaujon puis à Aincourt et dans un autre Sanatorium jusqu'en novembre 1959.

Episode comateux éthylique traité à Bichat
Novembre 1959 à novembre 1960, séjour à la post-cure de Sillery
En janvier 1960, crachats hémoptoïques BK -.

EXAMEN MEDICAL

En 1960: cirrhose de Laënnec. Foie petit, dur. Tremblements ++. Poumons encore à surveiller.

C.T.O.

1ère C.T.O.: en traitement
2ème C.T.O.: recherche d'emploi "gardien de jour"

d'Avril 1961 à Avril 1963, il travaille comme emballeur, mais, quitté par sa femme, il boit encore plus.

En avril 1963, il présente un début d'encéphalite éthylique avec polynévrite.

En juillet, il doit être hospitalisé à Créteil pour encéphalopathie éthylique carentielle avec polynévrite et est placé au Centre Albert Chenevier pour rééducation.

En novembre, la C.T.O. doit le déclarer inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXXIV

P... Louis - 58 ans
Vit maritalement, 3 enfants
En maladie professionnelle pour eczéma du ciment, éthylisme, cécité oeil droit et hernie inguinale droite
Sait lire et écrire
Travaille depuis l'âge de 11 ans
Cimentier
1 employeur de 1956 à 1962 puis 4 employeurs en 2 ans
En dernier lieu: aide maçon à 432,75 F/h.

ANTECEDENTS

En 1923: entrée en France
En 1943: accident du travail blessure de l'oeil droit, énucléation, prothèse.
En 1948: eczéma du ciment des mains
En 1962: hospitalisation à Saint-Louis, puis à la Salpétrière pour cure de désintoxication
Reprise de travail puis nouvel arrêt pour lombalgie
En 1963: 2ème cure de désintoxication à la Salpétrière puis nouvelle hospitalisation à Saint-Louis.

EXAMEN MEDICAL

En novembre 1963, l'examen médical note chez ce sujet édenté: hernie inguinale droite, quelques eczématides des mains et des poignets. T.A. 20/10. Romberg. L'éthylisme est en rechute: foie 3 travers de doigts. Tremblements +++.

C.T.O.

Inapte (relève de l'Invalidité groupe 2).

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXXV

P... Georges - 53 ans
Marié, 1 fils de 16 ans 1/2
En maladie longue durée pour tuberculose pleuro pulmonaire gauche et éthylisme.
Manoeuvre, a travaillé 6 mois en 1960.

ANTECEDENTS

En 1963: paludisme
En 1960: découverte d'une tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche et infiltrat excavé apical gauche.
Traité à l'Hôpital Saint-Denis 4 mois, à Saint-Martin du Tertre 4 mois, puis à domicile 4 mois par streptomycine, INH et 13/14.
Rechute entraînant un séjour de 6 mois au Sanatorium de Bligny jusqu'en juillet 1962.
En juillet 1962 est également hospitalisé à Saint-Denis pour hydrocèle vaginale, pas d'intervention.

EXAMEN MEDICAL

En juin 1963, a cessé le traitement A.B. La voix est rauque depuis longtemps. Toux ++, expectoration ++.

L'éthylisme existe encore malgré les dénégations: foie hypertrophié, tremblements +.

Les examens complémentaires montrent en décembre 1963: V.S. 60 - 87 - 116. Tests hépatiques: Mac Lagan, Kunkel (zinc), Gros perturbés.

Le sujet nie toute ingestion d'alcool.

C.T.O. et CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXXVI

P... Frank - 49 ans
Marié, 1 enfant
La famille vit à l'Hôtel: 1 pièce, 1 cuisine
En accident du travail
Serrurier monteur
En 1957 cirrhose d'origine éthylique, hospitalisation pendant 15 mois avec ponctions d'ascite.
Le 16.3.1963: accident du travail: trauma crânien avec syndrôme subjectif post-traumatique. L'E.E.G. est normal.

EXAMEN MEDICAL

En août 1963: vertiges avec chute. Romberg. Tremblements. Le foie déborde de trois travers de doigts.

C.T.O.

1ère C.T.O. : en cours de traitement

EXAMEN MEDICAL

Après consolidation du 19.1.1964, le sujet porte un lombostat. A mal partout. Sinistrose +++.

C.T.O. et CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXXVII

P... Louis - 52 ans
Divorcé, a eu 2 enfants
Vit seul dans 3 pièces dont il doit être exproprié prochainement.
En maladie longue durée
Illettré
Ebaucheur en fonderie puis manoeuvre
Dernier employeur de juillet à novembre 1962.

ANTECEDENTS

1942: paralysie faciale à frigore qui a régressé depuis, plusieurs cures de désintoxication.

Juin 1963: nouvelle cure à Nanterre sans succès.

EXAMEN MEDICAL

En novembre 1963: rectorragies il y a 5 mois et à nouveau il y a quelques jours. Examens négatifs.
Bronchite chronique
Ethylisme chronique. Haleine aromatique, anorexie, foie hypertrophié, polynévrite des membres inférieurs.

C.T.O. et CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XXXVIII

P... Stanislas - 39 ans
Célibataire, vit à l'Hôtel (ou au Sanatorium)
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire bilatérale, éthylisme désintoxiqué et énucléation oeil gauche en 1945.
Niveau C.E.P.
Formation professionnelle: tourneur. Au moins 3ème employeur. Tourneur P. 3 en dernier lieu.

ANTECEDENTS

En février 1961: dépistage d'une tuberculose pulmonaire bilatérale. Cochin puis Laënnec. P.A.S. + I.N.H. + streptomycine, puis entrée au Sanatorium de Clairvivre. Traitement A.B. lan 1/2. Cure d'espéral en cours depuis le 4.1962.

12.2.1963: examen médical: tuberculose + éthylisme désintoxiqué
26.2.1963: examen psychotechnique: résultats faibles mais il serait préjudiciable de le décourager donc AVIS FAVORABLE.

C.T.O.

5. 4.1963 : Rééducation "dessin industriel" avec préparatoire Clairvivre
6. 6.1963 : renvoyé pour ivresse

14. 6.1963 : nouvelle chance en changeant d'Etablissement, Coubert.
7.1963 : entrée à Coubert dont il est renvoyé aussitôt pour ivresse. Il est appréhendé par les gendarmes pour profanation de l'église de Coubert, puis hospitalisé d'office à la Pitié.

7. 8.1963 : apte à emploi de contrôleur qualifié
S'estime incapable de travailler. Archives.

24. 9.1964 : Avis du placier "présentation très moyenne, dit bricoler aux Halles, mais trouve ce travail trop pénible."

1.10.1964 : recherche d'emploi "O.S. contrôle mécanique".

CONCLUSION

Le 21.12.1964: NE TRAVAILLE PAS.

CAS XXXIX

P... Georges - 52 ans
Séparé
En Art. 293 pour hypertension artérielle, scléroemphysème et éthylisme

1er employeur de 1938 à 1948
2ème employeur de 1948 à 1949
De 1949 à 1961: soudeur, manoeuvre, O.S.
De 1961 à 1962: trempeur sur métaux. Licencié.

ANTECEDENTS

1949: pancréatite ayant nécessité une laparotomie.
Episodes lombalgiques assez fréquents.

Hiver 1963: bronchopneumopathie. Hospitalisation 7 semaines à Bichat avec AB. Depuis asthénie, dyspnée d'effort, lombalgies.

EXAMEN MEDICAL

La radio montre des images d'arthrose rachidienne diffuse et accentuée et une atteinte du disque L 5-S I.

Emphysème, hippocratisme +++.

Artériosclérose, peut-être début d'I.V.G. Signe de la Sonnette, léger oedème des membres inférieurs, tension artérielle 17/10 (a parfois 20/11).

Le foie déborde de 3 travers de doigts. Tremblements +. Fibrillation de la langue. Romberg.

C.T.O.

Inapte en septembre 1963.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XL

R... Edouard - 49 ans
Séparé, 4 enfants
En maladie pour bronchite et éthylisme
Sait lire et écrire.
Manoeuvre balayeur
Hospitalisé à Saint-Joseph en janvier 1963

EXAMEN MEDICAL

Il présente à l'examen médical de décembre 1963:

. toux et expectoration
. Etat général très médiocre

Ce sujet est implaçable.

C.T.O.

Le 25.12.1963, la C.T.O. le déclare inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XLI

R... Armand - 53 ans
Séparé depuis huit ans, 1 pièce cuisine
En invalidité pour tuberculose pulmonaire, psoriasis, éthylisme et syphilis
Ecole professionnelle de Mende (Lozère) jusqu'à 18 ans
C.A.P., diplôme de fin d'étude en fraisage, dessin
Fraiseur outilleur P. 3 jusqu'au début 1958

ANTECEDENTS

1930: Syphilis traitée à Saint-Louis puis à l'armée
1958: tuberculose pulmonaire ulcéro nodulaire. Traitement AB à l'Hôpital Saint-Antoine puis à Villiers s/Marne.
1961: rechute traitée à la Salpétrière puis à Villiers
Reprise du travail comme gardien mais l'emploi est trop pénible.
Il travaille un mois et est licencié parce qu'il s'endormait.

EXAMEN MEDICAL

Psoriasis important. Varices traitées. Oedème douloureux de la cheville droite. Etat général médiocre.

L'éthylisme ancien est reconnu, le sujet doit ne plus boire. Perte de mémoire. Tremblements +.

C.T.O.

Le 11.12.1963, la C.T.O. le déclare inapte.

CONCLUSION

Sujet INAPTE.

CAS XLII

R... Henri - 59 ans
Marié, 1 fille née en 1955
En accident du travail pour arthrose et éthylisme
Niveau d'instruction minime
Engagé 8 ans en Tunisie
A eu au moins quatre employeurs
Plombier

ANTECEDENTS

1935: Accident du travail "chute de 12 mètres" fracture du poignet droit. I.P.P. 12%
Nombreux petits accidents

1959: intervention prostate

9.1962· accident du travail, lombosciatique d'effort sur état arthrosique

EXAMEN MEDICAL

En août 1963, l'examen médical note: subictère conjonctival, faciès vultueux. Bronchiteux. Eczéma de la jambe gauche. Varices. Arthrose lombo-sacrée. Lombalgies, sciatique droite, amyotrophie des cuisses. Le sujet porte un lombostat. Séquelles de l'accident du poignet.

Ethylisme, le sujet reconnaît 4 litres de vin + bière. Tremblements +, mauvais équilibre.

Le placier indique: "assez bonne présentation, mais éthylisme très visible. Dit pouvoir occuper un poste de plombier à l'entretien. L'aspect ne permet pas de faire accepter l'intéressé comme gardien, donc recherche d'emploi plombier d'entretien".

C.T.O.

En août 1963: recherche d'emploi "plombier d'entretien"

CONCLUSION

Le sujet est DECEDE le 29.9.1963.

CAS XLIII

S... Maklouf - 49 ans
Algérien, célibataire
En maladie longue durée
Sait un peu lire et écrire: C.E.P. ?
Formation professionnelle de cimentier-boiseur-ferrailleur
4ème employeur: maçon

ANTECEDENTS

1940: blessure par balle de la jambe gauche
1945: plaie à l'oeil droit, accident du travail, I.P.P. 8%
1962: tuberculose pulmonaire biapicale. BK + hémoptoïque, antibiothérapie triple à l'Hôpital de Corbeil puis à Aincourt de février 1962 à janvier 1963.

EXAMEN MEDICAL

Septembre 1963: légère boiterie post-traumatique qui n'a pas empêché le malade de continuer son métier de maçon. Acuité visuelle diminuée. Etat général médiocre. Tremblements. Ethylisme ancien en régression spontanée, pas de signe d'imprégnation nette à ce jour.

L'état pulmonaire nécessite encore un repos de quelques mois.

C.T.O.

En mars 1964, proposition de recherche d'emploi: petite manutention.

Le placement est difficile comme l'indique le placier: "bien tenu mais peu de possibilités, pourtant voudrait travailler, mais réside dans une banlieue lointaine et pratiquement sans moyens de communication donc pas question de le faire travailler à Paris et très peu de possibilités sur place.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête en janvier 1965, M. S... est toujours à la RECHERCHE D'UN EMPLOI.

CAS XLIV

S... Marcel - 63 ans
Marié, sa femme est concierge
En Article 293
Sait lire et écrire
Chauffeur de maître de 1928 à 1962
En dernier lieu chauffeur-livreur de presse à la SALTA (non licencié).

ANTECEDENTS

1962: hématémèse, hospitalisation à Lariboisière, découverte d'un ulcus gastrique
Transfusion - rectorragies - en tout 5 hématémèses
Traité médicalement.

EXAMEN MEDICAL

En octobre 1963, l'examen médical note:

- poumons: calcifications anciennes
- plaie de la styloïde radiale, cicatrice douloureuse
- dorsolombalgies avec ostéophytose radiologique
- l'éthylisme est ancien (professionnel), buvait trois litres par jour mais ne boit plus depuis les hématémèses. Foie petit, douloureux. Tremblements +++, équilibre médiocre
- état général médiocre.

C.T.O.

Le 30 octobre 1963, ce sujet est encore en cours de traitement.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête en 1965, M. S... a 65 ans, l'âge de la RETRAITE.

CAS XLV

T... Gaston - 43 ans
Vit maritalement
En maladie
Niveau C.E.P.
Tôlier chez Renault de 1933 à 1938 et de 1945 à 1960
Dernier employeur 1 mois en 1963 comme tôlier O.S. 2

ANTECEDENTS

1938: Accident du travail, amputation 2ème doigt main droite, I.P.P. 16%
1960: Accident de voiture, trauma crânien sans fracture
1962: lors d'une visite d'embauche, dépistage d'une tuberculose pulmonaire BK, bilatérale, traitement triple à la Salpétrière puis à Villiers-sur-Marne de Mars à Décembre 1962
1963: Post-Cure de Nanteau.

EXAMEN MEDICAL

En août 1963:

- la tuberculose pulmonaire est bien stabilisée, traitement INH 150 mg/j
- hypertrophie du foie, pituite, haleine aromatique, buvait 5 litres par jour (à présent 1 litre ?), ne veut pas entendre parler de cure de désintoxication n'a constaté que des échecs dans son entourage.

D'abord refusé par 2 employeurs, il travaille en juin 1964 mais peu de temps et demande à être revu par le Centre.

CONCLUSION

Lors de l'enquête: IL TRAVAILLE.

CAS XLVI

A... Armand - 56 ans
Israélite, originaire d'Afrique du Nord
Divorcé
En maladie pour surdité oreille gauche, acuité visuelle diminuée, maladie de Dupuytren, éthylisme, cirrhose + polynévrite des membres inférieurs et séquelles fracture de jambe droite.
Niveau C.E.P.
En dernier lieu 6 mois chez le même employeur comme tailleur - petit presseur.

ANTECEDENTS

En décembre 1960: fracture 1/3 inférieur jambe droite
En Mai 1963: épistaxis abondante entraînant l'hospitalisation pendant 12 jours.
Diagnostic: hypertension artérielle chez une cirrhose éthylique.

EXAMEN MEDICAL

Le 25.6.1963 le sujet accuse de l'asthénie, des vomissements, du pyrosis, des douleurs et crampes des mollets, vertiges. On trouve des tremblements, le foie déborde de deux travers de doigts. La tension est à 19/10. En conséquence, le sujet est admis le 16.7.1963 en maison de repos.

Le nouvel examen médical du 25.10.1963 met en évidence chez ce sujet pléthorique, édenté:

- une maladie de Dupuytren entraînant une maladresse des mouvements
- le foie déborde de 2 travers de doigts
- les hémorroïdes entraînent des rectorragies. Les ecchymoses sont faciles. La tension est à 15/10
- tremblements ++, équilibre moyen
  La polynévrite se manifeste par des crampes des mollets, un steppage léger, les réflexes achilléens ne sont pas retrouvés. Boiterie légère.
- la radio montre une aorte élargie, un coeur un peu gros
- le comportement psycho-social est médiocre, l'élocution difficile. Le sujet est nettement imprégné ce jour
- éthylisme non avoué, la cure est cependant conseillée.

C.T.O.

11.12.1963: en cours de traitement
Cure de désintoxication à Bicêtre.

CONCLUSION:

AU MOMENT de l'ENQUETE: NE TRAVAILLE PAS.

CAS XLVII

A... Marcel - 56 ans
Marié, 1 enfant non au foyer
En maladie
Niveau C.E.P.
Machiniste à la R.A.T.P. de 1929 à 1957
Depuis 2 employeurs comme maçon à 3 F/h.
En 1955 cure de hernie inguinale gauche
En 1961 tuberculose pulmonaire gauche traitée à domicile

EXAMEN MEDICAL du 28.11.1963

Sympathique, 1 m. 70 - 78 Kg
Radio: séquelles de tuberculose
L'éthylisme avoué a dû être très important, actuellement ne boit plus.
Le foie descend jusqu'à l'ombilic. Tremblements +++, léger Romberg.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: gardien de jour, gardien de porte.

En décembre 1963, Monsieur A... refuse une place de gardien de nuit
En janvier 1964, il est refusé par l'employeur comme huissier gardien de jour, mais trouve lui-même peu après un poste de magasinier qu'il occupe jusqu'en septembre 1964.
Depuis octobre 1964, il travaille comme chauffeur-livreur sur 2 CV., 9h./j. 45 heures par semaine et gagne 700 F/mois.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (février 1965) IL TRAVAILLE et il est satisfait mais fatigué.

CAS XLVIII

B... Robert - 57 ans
Marié, femme tuberculeuse incurable, 4 enfants
En accident du travail
Niveau élémentaire
Apprentissage de plombier, camelot, gardien à la Vigie parisienne.

ANTECEDENTS

1948: fracture malléolaire cheville droite, I.P.P.
1955: séjour à la Pitié pour troubles hépato digestifs

EXAMEN MEDICAL

Septembre 1963: chez un obèse, emphysème, dyspnée, raideur dorso-lombaire, limitation douloureuse des mouvements de la cheville droite, gros troubles trophiques des membres inférieurs, varices. Circulation collatérale.

Très mauvaise présentation, reconnaît qu'il buvait 5 à 6 litres il y a 10 ans.

Il faudrait une hospitalisation en médecine générale ou en gastro entérologie et une désintoxication si l'état général le permet.

C.T.O.

Le 2.10.1963: en cours de traitement.

Hospitalisé de Septembre à Novembre 1963 à la Salpétrière.

Il se place lui-même comme gardien de nuit en Juin 1964 et travaille jusqu'au 10.12.1964.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (Février 1965) HOSPITALISE à Saint-Louis depuis le 30.1.1965.

CAS XLIX

B... Albert - 30 ans
Marié - 5 enfants
Logement en hôtel de 2 pièces avec trois lits, salubrité médiocre, assez bien tenu.
En maladie
Niveau C.E.P.
Maçon puis chauffeur-livreur
Dernier emploi pendant 2 ans: manoeuvre en fonderie.

ANTECEDENTS

Mars 1961, hospitalisé à Bichat pour "début de paralysie à gauche"
Mai 1962, hospitalisé à Bichat pour "congestion pulmonaire"
Février 1963, arrêt de travail pour pneumopathie à rechute.

EXAMEN MEDICAL

Tachycardie sinusale, E.C.G. normal, 60 cigarettes par jour - éthylisme. Dort une heure par nuit. Passe son temps à lire des romans policiers.

Le sujet subit en fin 1963, sur les conseils de son médecin traitant une cure de désintoxication alcoolique et tabagique. Il est amélioré par le traitement mais au moment où le centre de Reclassement reprend son dossier (Février 1964) il est en clinique pour "glande tuberculeuse".

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 1er mars 1965, le sujet écrit "toujours en longue maladie, on me parle de me redonner du travail car c'est de plus en plus grave ma situation".

CAS L

B... Ali - 44 ans
Célibataire, en France depuis 15 ans
En accident du travail
Illettré
Nombreux employeurs, en dernier lieu pendant 6 mois: manoeuvre

ANTECEDENTS

Borgne
1962: abcès du poumon droit, hospitalisation à Saint-Antoine
1963: accident du travail, fracture du poignet droit, plâtré 21 jours, rééducation fonctionnelle à Saint-Antoine.

EXAMEN MEDICAL

L'examen constate un état général médiocre, d'ailleurs en novembre 1963 il doit être hospitalisé à l'Hôpital Franco-Musulman où l'on dépiste une tuberculose pulmonaire droite BK, V.S. augmentée. Traitement par antibiothérapie triple.

CONCLUSION

En février 1965, EN TRAITEMENT SANATORIAL.

CAS LI

B... Albert - 48 ans
Séparé, vit dans la loge de sa mère, concierge. A eu 5 enfants.
En maladie longue durée pour bronchite chronique, éthylisme modéré et hypertension artérielle.
Niveau C.E.P.
Chauffeur de poids lourds, changeait d'employeur tous les 2 ou 3 ans.
Arrêté pour maladie en 1961.

ANTECEDENTS

1951: péritonite gangréneuse, 2 interventions.
1961: pneumopathie virale de surinfection chez un sujet présentant de la bronchite et de l'emphysème pulmonaire, ce qui motive l'arrêt de travail et le premier signalement au Centre de Reclassement . La contre-indication étant l'exposition aux intempéries.

C.T.O.

En 1962: proposition de recherche d'emploi comme magasinier sans port de charge. Il est placé et travaille pendant deux mois mais doit s'arrêter pour épisode fébrile aigu.

Au nouvel examen médical en 1963, l'éthylisme est toujours plus ou moins nié.

En 8.63: proposition de recherche d'emploi comme planton gardien. Il trouve lui-même une place de gardien et travaille du 17.11.1963 au 1.10.1964.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête en Mars 1965, il écrit avoir été licencié pour compression de personnel.

CAS LII

B... Lucien - 56 ans
Célibataire, vit avec sa mère retraitée de 83 ans
En maladie pour comitialité, hypertension artérielle et éthylisme
A eu 4 employeurs depuis 1960
Ajusteur outilleur P. 3.

ANTECEDENTS

Crises comitiales depuis 1950
1963: hémiplégie droite en rapport avec H.T.A. Hospitalisation à la Salpétrière actuellement en cours de récupération.

C.T.O.

Le 9.12.1963: recherche d'emploi "contrôleur mécanique"
Le 4. 2.1964: en arrêt de travail pour rhumatisme, en principe pour 1 mois.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (3.2.1965) toujours en ARRET DE MALADIE, prolongation d'un mois.

CAS LIII

B... Camille - 55 ans
Marié
En maladie pour éthylisme et eczéma
Sait lire et écrire
Même employeur depuis 1959 manoeuvre 2,70 F/h.

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical du 19.9.1963 note: eczéma des mains, des avant-bras et des membres inférieurs. Tests positifs à la peinture et à l'essence de térébenthine. Le psychiâtre conseille la désintoxication.

Du 8 au 26.11.1963 désintoxication à Bicêtre.

L'examen médical du 31.12.1963 note: amélioration de l'eczéma, semble sobre actuellement.

Le 15.4.1964 ne se présente pas à l'emploi proposé et déclare ne pouvoir travailler, d'ailleurs il n'est pas licencié. On note une reprise de l'eczéma.

CONCLUSION:

Le 4.2.1965, au moment de l'enquête, NE TRAVAILLE PAS.

CAS LIV

B... François - 59 ans
Célibataire, logement 2 pièces en location
En Art. 293 pour petite insuffisance respiratoire et éthylisme.
Sait un peu lire, presque pas écrire
A eu au moins 7 employeurs dont 3 de 1960 à juillet 1961.
En dernier lieu plâtrier à 4 F./h.

EXAMEN MEDICAL

Décembre 1963: haleine aromatique. Dit qu'il buvait 2 litres lorsqu'il travaillait dans le bâtiment et qu'il boit 1 litre actuellement. Semble peu désireux de travailler.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: gardien

Depuis le 2.1.1964, il travaille comme "veilleur de nuit" de 20 heures le soir à 8 heures le matin, soit 72 heures de présence par semaine, gagnant 550 F./mois.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête le 24 février 1965, IL TRAVAILLE.

CAS LV

C... Alain - 47 ans
Marié, 1 fille de 26 ans
En maladie pour éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P.
Engagé 9 ans 1/2 jusqu'en 1946 (Soudan, Guinée)
Mariage en 1946
7 employeurs depuis, 1 seul depuis 1960: perceur O.S. 2, ouvrier saisonnier.

ANTECEDENTS

Intervention hernie à 16 ans
Cirrhose hypertrophique, polynévrite éthylique
Cure de désintoxication à Rambouillet du 2.7.1963 au 20.7.1963.

EXAMEN MEDICAL de Novembre 1963.

- a été soigné pour H.T.A.: régime sans sel
- paludisme, pas d'accès depuis deux ans
- prend actuellement de l'Espéral tous les matins, langue noire, le foie déborde de 3 travers de doigts.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: aide-magasinier, gardien

D'abord refusé par deux employeurs, il trouve lui-même une place de gardien de nuit et homme de ménage en Mars 1964 à 670 F/mois, de 19 heures le soir à 3 heures le matin, 8 heures par jour.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en février 1965, IL TRAVAILLE et est satisfait.

CAS LVI

C... René - 39 ans
Marié, 4 enfants dont 3 travaillent ou apprentis
Vit dans 4 pièces passables
En Art. 293 pour tuberculose rénale et épididymaire, éthylisme désintoxiqué et entorse du genou gauche
Scolarité irrégulière jusqu'à 13 ans
6 employeurs depuis 1955, le 4ème depuis 1960 (en 2 ans)
Poseur de voies.

ANTECEDENTS

1961: accident du travail
1962: tuberculose rénale et épididymaire gauche, traitement antibiotique

EXAMEN MEDICAL

L'examen médical note une hypoacousie bilatérale, lenteur, parole pâteuse. Ethylisme désintoxiqué, reconnaît actuellement 1 litre de vin plus de la bière.

Une cure de désintoxication acceptée est pratiquée à Bicêtre. L'examen psychotechnique ne permet pas d'envisager une formation professionnelle.

C.T.O.

En Octobre 1963: proposition de recherche d'emploi: gardien, petite manutention.

Travaille, mais accident de travail en juillet 1964 (arrêt 18 jours)
Nouvel accident de travail le 18 janvier 1965. Reprise le 23 février.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, IL TRAVAILLE.

CAS LVII

D... Roger - 49 ans
Divorcé, vit maritalement depuis 7 ans dans la loge de son amie, concierge.
En invalidité groupe 1 pour éthylisme désintoxiqué, cirrhose éthylique et ostéite du maxillaire inférieur opéré.
Niveau C.E.P.
O.S. 2 à 3, 25 F/h.

ANTECEDENTS

1963: hospitalisé pour cirrhose, troubles circulatoires et arthrose des genoux de Mai à Août.

EXAMEN MEDICAL

Présentation typique, théâtrale, vient en état d'ébriété. Le foie déborde de 2 travers de doigts, steppage. Le psychiâtre indique affaiblissement intellectuel "tenter" la cure. Celle-ci est pratiquée du 10 au 28 octobre à Bicêtre.

En novembre, le sujet revient "transformé par la cure" mais toujours logorrhéïque et édenté.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi en décembre: manutention moyenne

Il refuse un premier poste de graisseur de voiture. Accepté par un deuxième employeur, il travaille un jour puis dit que le poste est trop dur.

Ensuite, il ne se manifeste plus au service.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 3.2.1965, il SERAIT SUIVI à l'Hôpital de Bicêtre pour le coeur,il est passé à l'INVALIDITE GROUPE II.

CAS LVIII

D... Georges - 46 ans
Marié, 6 enfants dont 3 au domicile: déficients
Logement 2 pièces cuisine, très bien tenu mais dans un très vieil immeuble
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire bilatérale, éthylisme et néphrite chronique

Niveau: études "néant"
3 employeurs en 1960: maçon.

ANTECEDENTS

1959: greffe vertébrale pour spondylarthrose
1960: tuberculose pulmonaire bilatérale. Traitement A.B. actuellement stabilisée.

EXAMEN MEDICAL de 1963

- Néphrite chronique
- L'éthylisme est nié, amaigrissement, insomnies, crampes des mollets, fibrillation de la langue, tremblements ++, réflexes vifs, Romberg ++. Le foie déborde de 3 travers de doigts.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: manoeuvre léger

Le malade dit toujours être indisponible au placement.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 23 février 1965, il nous répond: TOUJOURS EN SOINS, malade et alité.

CAS LIX

D... André - 49 ans
Marié, 3 enfants
Vit dans 2 pièces cuisine
Niveau C.E.P.
Apprenti pâtissier cuisinier, nombreux employeurs surtout extra.
Chef cuisinier
En maladie longue durée pour traumatisme crânien et éthylisme désintoxiqué (plusieurs rechutes)

ANTECEDENTS

1937: ulcus perforé
1954, 1955: désintoxication à Ville Evrard
1955: traumatisme crânien
1956: travail aux P. et T. comme cuisinier
1959: dépression chez un éthylique, désintoxication à Sainte-Anne.
La C.T.O. recherche emploi comme magasinier, pointeau.
1960: place procurée comme pointeau
Hospitalisation à l'Hôpital psychiâtrique de Neuilly-sur-Marne
1962 à 1963: septième désintoxication
1963: recherche d'emploi: aide magasinier
Hospitalisation à Sainte-Anne.

C.T.O.

Recherche d'emploi en 1963 comme "aide magasinier"

CONCLUSION

En ce moment EXERCE la profession de "travailleur libre" à l'Hôpital de Ville Evrard en tant que cuisinier.

EST SORTI le 15.2.1965.

CAS LX

D... Louis - 42 ans
Célibataire, vit chez sa mère
En maladie pour bronchite chronique, emphysème et éthylisme
Sait lire et écrire
2 ans apprentissage ajusteur
Manoeuvre
En 1961, inscription au chômage. Au chômage depuis ce temps.

EXAMEN MEDICAL

Mai 1963: troubles caractériels, revendications.

C.T.O.

Le 4.9.1963, serait apte à un emploi de manoeuvre moyen à temps complet. Ne désire qu'un travail à temps partiel.

CONCLUSION

Le 11.2.1965, au moment de l'enquête, ne veut travailler que quelques heures par jour; sinon être classé INAPTE.

CAS LXI

D... Serge - 56 ans
Séparé, a eu 1 enfant, vit maritalement
En Art. 293 pour éthylisme désintoxiqué, asthme, insuffisance cardiaque et état dépressif
Niveau C.E.P.
Métier antérieur: peintre en bâtiment, gagnait 250 F/semaine.
Arrêt le 15.10.1962.

ANTECEDENTS

En 1958: cure de désintoxication
En 1959: asthme allergique avec tests positifs à la peinture et à la poussière
12.1962: hospitalisation à Bichat pour pneumopathie aiguë
Ensuite séjour à Henri Rousselle pour petite insuffisance cardiaque + état dépressif + rechute éthylisme. Souhaite une place de veilleur de nuit.

C.T.O.

Le 19.11.1963, proposition de recherche d'emploi: gardien.

Le 16.12.1963, Monsieur D... doit de nouveau être hospitalisé à Bichat pour son état cardiaque.

Il est toujours en traitement ayant dû être hospitalisé à Lariboisière en janvier et suivi dans le Service du Professeur Bouvrain pour infarctus.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête en Mars 1965, il N'A PAS TRAVAILLE depuis le 15.10.1962.

CAS LXII

F... Jean Olivier - 37 ans
Marié, 4 enfants
Vit dans 3 pièces cuisine
En maladie pour état dépressif et éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P.
Moyennement stable. Peintre.

ANTECEDENTS

1956: premier épisode dépressif - 9 en tout
Mars 1962: désintoxication
6.6.1962: troubles des membres inférieurs, inapte à métier [illegible]
22.6.1962: le foie déborde de 6 à 7 travers de doigts
Suivi par dispensaire en neuro-psychiâtrie

C.T.O.

Le 8. 8.1962: inapte à tout travail actuellement
Le 26.11.1963: apte à placement, nouvelle cure de désintoxication serait probablement sans effet
Le 24.12.1963: la C.T.O. propose une recherche d'emploi de petite manutention.
Du 27 au 28 Février 1964, travaille.
Le 16. 4.1964: aurait fait une rechute après tentative de travail. Certificat médical.
Le 11.12.1964: proposition d'INVALIDITE.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête, le 11.12.1964, en instance d'INVALIDITE.

CAS LXIII

G... René - 41 ans
Marié, 1 enfant
En maladie pour tuberculose pulmonaire bilatérale et éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P.
1 employeur de 1958 à 1960: peintre en bâtiment
Elevé au Maroc, jusqu'en 1945, service militaire, guerre
De 1945 à 1960 s'installe en France "peintre en bâtiment" dans plusieurs entreprises.

ANTECEDENTS

9.1960: dépistage de tuberculose pulmonaire. Traitement A.B. à Tenon puis à Villiers s/Marne

5.1961: en cure libre pour raisons familiales
Premier signalement au Centre, tuberculose stabilisée mais syndrome dépressif chez un éthylique (janvier 1963)

Du 19.7.1963 au 25.8.1963: à l'Hôpital Henri Rousselle pour désintoxication. Tendance dépressive.

A l'examen psychotechnique du 25.11.1963, on note: "présentation assez moyenne, ratatiné et vieilli, porte largement son âge. N'a plus le niveau qu'il prétendait avoir. Situation familiale assez difficile faisant demander un travail dès que possible. Gestes assez tremblants. Peut faire l'aide magasinier ou le magasinier, de la manutention".

C.T.O.

Le 10.12.1963: proposition de recherche d'emploi: aide magasinier
Le 10.12.1963: accepté par troisième employeur. Travaille de janvier 1964 à Août 1964 où il s'arrête pour dépression nerveuse.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête, EN LONGUE MALADIE.

CAS LXIV

G... Pierre - 53 ans
Marié, femme malade, 1 enfant: fille de 15 ans
En maladie de longue durée pour éthylisme désintoxiqué et tuberculose pulmonaire bilatérale.
Niveau C.E.P.
Fraiseur P. 2 à 1.200 F/mois.

ANTECEDENTS

1945: première atteinte de tuberculose. Echec de pneumothorax. Séjour quelques mois à Champrosay
1947: retravaille
1955: dépistage de tuberculose pulmonaire
1957: rechute de tuberculose pulmonaire. Traitement A.B. à Tenon puis Champrosay
1959: retravaille à temps partiel
D'avril à Août 1963, en arrêt pour désintoxication à Ville Evrard.

EXAMEN MEDICAL

A l'examen médical du 21.10.1963 n'a pas rechuté, dit-il, mais reconnaît 1/2 litre de vin par jour.

C.T.O.

Le 22.10.1963: proposition de recherche d'emploi: fraiseur
Le 25.10.1963: candidature agréée fraiseur P. 2
Le 2. 2.1964: ne travaille plus. Hospitalisé à Ville Evrard, jusqu'au 5.6.1964.

Septembre 1964: placé par le chômage: mécanique à 4,50 F/h. pour 55 h/ semaine.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en février 1965: TRAVAILLE.

CAS LXV

G... Charles - 56 ans
Marié, 4 enfants (travaillent)
3 pièces + cuisine
En accident du travail + maladie
Sait lire et écrire
Maçon, nombreux employeurs. Depuis l'accident: gardien, 2 employeurs.

ANTECEDENTS

1960: accident du travail, chute de trois étages, fracture de côtes avec hémothorax, traumatisme crânien + traumatisme de l'épaule droite.

5.2.1962: arrêt maladie, hospitalisation.

De août 1962 à décembre 1962: arrêt pour dépression nerveuse. Hospitalisation à Vaucluse. En décembre cure de désintoxication. Toujours en décembre: inscrit au chômage, non secouru.

EXAMEN MEDICAL de janvier 1963

Troubles respiratoires avec diminution du murmure vésiculaire dans tout le champ droit. Maladie de Dupuytren des deux côtés sans gêne fonctionnelle. T.A. 20/11. Le foie déborde de 3 travers de doigts.

C.T.O.

21. 1.1963: inscrit au chômage
22. 1.1963: C.T.O. propose une recherche d'emploi: petite manutention balayeur
Du 4.10.1963 au 21.11.1963: séjour à Vaucluse pour désintoxication
2.12.1963: inscrit au chômage
17.12.1963: C.T.O. propose une recherche d'emploi: petite manutention, balayeur
3. 1.1964: a trouvé un emploi comme manoeuvre dans un garage
27. 1.1964: travaille jusqu'en juin 1964, hospitalisé 13 jours à Ville Evrard.

CONCLUSION

DECEDE le 16.10.1964.

CAS LXVI

L... Justin - 55 ans
Veuf, vit maritalement
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire gauche et éthylisme
Illettré
Travaille chez le même employeur depuis 1946 mais par intermittence comme manoeuvre dans une compagnie de transport. Arrêt en 1962.

ANTECEDENTS

Deux accidents de travail: fracture du 1/3 inférieur de la jambe gauche et amputation d'une 1/2 phalange du pouce gauche qui lui valent une I.P.P. avec 300 F. tous les trois mois.

En Mai 1962: arrêt pour troubles digestifs. Une tuberculose pulmonaire gauche BK + est diagnostiquée à l'Hôpital de Saint-Denis, traitée par strepto + I.N.H. + P.A.S. I.V. d'abord à Eaubonne puis à domicile. Hospitalisation à Beaujon de juillet 1962 à Septembre 1962 puis séjour à Saint-Martin du Tertre jusqu'en avril 1963, toujours à l'I.N.H.

EXAMEN MEDICAL du 30.5.1963

Un amaigrissement récent de 4 kg
Toux ++, expectoration +
Mauvais état général
Le foie déborde d'une main
L'appétit est médiocre, il existe des pituites matinales
Le sujet buvait trois litres de vin par jour. Il accuse des cauchemars, des zoopsies, tremblements ++.
De toute façon, le sujet refuse la désintoxication.

C.T.O.

La C.T.O. constate donc que le sujet est inapte pour l'instant et en traitement.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 4 février 1965, le sujet déclare être toujours en TRAITEMENT DE LONGUE MALADIE.

CAS LXVII

L... Raymond - 59 ans
Marié, 1 enfant
En Art. 293 pour diabète, éthylisme, périarthrite scapulo humérale droite, allergie respiratoire et obésité.
Niveau d'instruction assez élevé
Un employeur de 1956 à 1959
Le dernier de 1959 à 1963: préparateur en pharmacie, dernier salaire 1.200 F/mois.

ANTECEDENTS

En 1943: abcès froid axillaire droit
cure sanatoriale

EXAMEN MEDICAL du 13.11.1963

Tension artérielle: 17/10 - Glycémie 1,72 g.

Dyspnée asthmatiforme
Périarthrite scapulo-humérale qui le gêne pour prendre les produits sur les étagères
L'éthylisme ancien est plus ou moins avoué, il serait amendé actuellement.
Tremblements ++ et autres signes
Le sujet a présenté pendant 3 jours une dysarthrie qui a totalement régressé depuis.

C.T.O.

Le 20.11.1963, la C.T.O. estime Monsieur L... apte à son métier de préparateur.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 8.2.1965, le sujet nous dit être toujours en traitement et dans l'incapacité de travailler.

CAS LXVIII

L... Henri - 33 ans
Divorcé, 1 fils à l'Assistance Publique, vit chez une tante qui l'héberge
En maladie pour état dépressif et éthylisme ancien

Sait lire et écrire avec fautes
Chauffeur livreur depuis l'âge de 18 ans. Nombreux employeurs
A eu un accident avec mort d'homme.

ANTECEDENTS

De Juillet à Août 1963: hospitalisé à Saint-Antoine puis à Henri Rousselle pour état dépressif, en fait excitation avec éthylisme ancien.

EXAMEN MEDICAL du 30.9.1963

Le foie déborde de trois travers de doigts

C.T.O.

Le 15.10.1963, le déclare inapte comme chauffeur livreur et propose une recherche d'emploi de manoeuvre.

Le 21.10.1963: placé comme mouleur O.S. 1
En Mars 1964, il est satisfait de son travail
Le 10 février 1965: hospitalisé à Sainte-Anne pour rechute

CONCLUSION

Demande de prise en charge de la Préfecture.

CAS LXIX

L... Jacques - 42 ans
Célibataire
En maladie pour bronchite chronique et éthylisme désintoxiqué
Ne sait ni lire ni écrire
Terrassier

En Avril 1963: désintoxication à Bicêtre avec bon résultat

EXAMEN MEDICAL du 19.9.1963

Bronchite chronique, sobre. Ne doit pas être exposé aux intempéries.

L'avis du placier note: présentation moyenne.

C.T.O.

Le 30.10.1963: proposition de recherche d'emploi, manoeuvre moyen

En novembre 1963, se dit malade, toujours en traitement, inapte au travail. Consulté tous les deux mois à Bicêtre et dispensaire d'Aubervilliers.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête le 1er mars 1965, EN TRAITEMENT, travail non repris, toujours en maladie de longue durée, indemnisé par la Sécurité Sociale.

CAS LXX

L... Pierre - 38 ans
Marié, 3 enfants
Logement d'une seule pièce
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire droite avec lobectomie supérieure et éthylisme
Niveau: Etudes primaires sans C.E.P.
A eu 6 employeurs depuis le service militaire
En dernier lieu: manoeuvre magasinier. Arrêt de travail en 1956

ANTECEDENTS

Mai 1956: tuberculose pulmonaire excavée du sommet droit
Traitement par P.A.S. intra veineux + strepto + rimifon au sanatorium d'Hauteville 6 mois, puis au Sanatorium de la Musse 8 mois.
11.2.1958: lobectomie supérieure droite
Juin 1958: sortie de Sanatorium, cure à domicile.

EXAMEN MEDICAL et C.T.O.

Premier examen médical au Centre André LEVEILLE, le 9.3.1959
Le traitement antituberculeux est arrêté depuis février 1959. Le sujet reconnaît un litre de vin par jour + tabagisme. Réflexes ++. Tremblements +.

5.5.1959: la C.T.O. propose une recherche d'emploi de magasinier mais Monsieur L... refuse le travail proposé et reste au chômage.

8.11.1959: Hospitalisation pour rechute de la tuberculose et confusion mentale résolutive en 15 jours (il n'y a pas de méningite tuberculeuse). Un traitement antibiotique est instauré pour 6 mois.

Janvier 1963: une radiographie montre des lésions stabilisées

Avril 1963: le service médical obtient une cure de désintoxication à la Salpétrière

Au nouvel examen médical, on note: "le sujet dit ne plus boire ... oligophrénie". Le placier "bonne présentation, hyperémotivité"

Le 20.10.1963: la C.T.O. propose une recherche d'emploi de manutention moyenne

1.1.1964: reprise de travail comme O.S. mouleur de ressorts. Le poste semble insalubre et les horaires très chargés

3.1964: le sujet est très exposé aux poussières. Il a des difficultés pour assurer le rendement et se trouve fatigué mais le patron ne dit rien

8.10.1964: Monsieur L... est hospitalisé à l'Hôpital Franco-Musulman.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, le 4.2.1965, IL EST TOUJOURS EN TRAITEMENT.

CAS LXXI

M... Alphonse - 30 ans
Parents Polonais, né en France
Marié, femme secrétaire, une fille. Logement trois pièces
En Art. 293 pour polynévrite éthylique
Niveau C.A.P. et brevet de fin d'études de monteur électricien
Connaît l'Allemand et le Polonais
Assez nombreux employeurs: monteur électricien.

ANTECEDENTS

Décembre 1962: arrêt de travail, hospitalisation pour polynévrite puis désintoxication ambulatoire

Le sujet aimerait une formation professionnelle en dessin industriel, section électricité.

EXAMEN MEDICAL de juin 1963

Polynévrite, tremblements ++, foie déborde 1 travers de doigt
L'examen psychotechnique (septembre 1963) est assez médiocre
Confié à l'Instituteur pour améliorer son niveau si possible. Il ne se présente qu'une seule fois, pour cause de maladie.

C.T.O.

En décembre 1963 doit estimer le sujet inapte à une rééducation, car encore en traitement.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, février 1965, IL TRAVAILLE avec de nombreuses interruptions pour maladie.

CAS LXXII

M... Paul - 48 ans
Célibataire, marié en 1962
En maladie pour tuberculose pulmonaire gauche avec rechute et éthylisme
Niveau C.E.P.
Manutentionnaire

ANTECEDENTS

1940: cure de hernie inguinale droite
1949: accident du travail de la colonne vertébrale greffée, I.P.P. 50%
1956: tuberculose pulmonaire gauche, hôpital de Rouen + 6 mois à Saint Hilaire du Touvet: strepto, rimifon, P.A.S.
1958: rechute
1959: A Saint-Maurice puis Post-Cure de Sillery par Epinay-sur-Orge.

EXAMEN MEDICAL de 1959

Le foie déborde de trois travers de doigts.

C.T.O.

Le 30.10.1959: placement à envisager dès la sortie
recherche d'emploi manutentionnaire
Le 31.10.1960: Sortie de Sillery
Placier, travaille comme coursier puis comme gardien de nuit.

Jusqu'en décembre 1962 travaille (réorganisation service)
Le 16.12.1963: placé emballeur
Le 24.12.1963: recherche d'emploi manutentionnaire
Le 3. 1.1964: rechute
Le 24. 2.1964: entre en sanatorium à Hauteville.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en mars 1965, est TOUJOURS EN TRAITEMENT.

CAS LXXIII

M... Joseph - 42 ans
Divorcé, 2 enfants, vit chez sa mère, maison rurale
En accident du travail pour fracture du pilon tibial gauche et éthylisme
Niveau élémentaire
Nombreux emplois de 1949 à 1962
En dernier maçon depuis 1961

ANTECEDENTS

2.11.1962: fracture comminutive du pilon tibial gauche. Immobilisation plâtrée broche. Nouvelle intervention pour ostéite calcanéenne sur trajet de broche.
3.1963: radio: cal vicieux très important
9.1963: marche possible mais douloureuse malgré chaussure orthopédique.

EXAMEN MEDICAL du 3.10.1963

Hypoacousie nette. A désintoxiquer. Ethylisme avoué mais minimisé. Refuse la cure.

5.11.1963: n'est pas consolidé, se signalera un peu avant consolidation. Intervention peut-être prévue, inapte pour le moment.

C.T.O.

13.11.1963: En cours de traitement
22. 3.1964: reprise de travail
7. 7.1964: rechute (non accident du travail)

Novembre 1964: avance sur rente d'accident du travail.

CONCLUSION

ON NE SAIT PAS S'IL TRAVAILLE

CAS LXXIV

N... Albert - 42 ans
A été marié 5 ans
Divorcé depuis 8 ans, vit avec sa mère
Logement 1 pièce cuisine
En maladie pour fracture de l'humérus droit et éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P. + apprentissage d'apprêteur de peaux
Magasinier de 1942 à 1945
A travaillé de 1945 à 1952 chez un autre employeur comme tourneur-décolleteur
Depuis 1952 est aide-monteur électricien à la Préfecture de la Seine
Il est mis à la retraite et doit toucher une pension à partir du 25.9.1963 pour les suites d'un accident de solex (pas d'accident de travail) qui a provoqué une fracture de l'humérus droit traitée par ostéosynthèse.

ANTECEDENTS

Deux désintoxications à Bicêtre en 1960 et 1963. Il déclare être demeuré complètement abstinent depuis sa 2ème cure et être toujours à l'Espéral sous surveillance du dispensaire de la Direction d'Hygiène Sociale.

Cependant à l'examen psychiâtrique de septembre 1963, on trouve: "persistance de signes d'imprégnation toxique exogène, nervosisme extrême, déséquilibre émotif, poussées sudorales, réflectivisme, gros tremblement de la langue et des doigts". Par ailleurs, l'examen médical note une limitation des mouvements d'élévation.

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi: manutention moyenne, le 1er octobre 1963.

Un emploi lui est proposé en octobre 1963 mais il ne travaille que 20 jours car les conditions de travail sont trop pénibles. Après deux échecs de placement en décembre 1963, il est placé le 16 janvier 1964 comme coursier.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, IL TRAVAILLE.

CAS LXXV

P... Jean - 48 ans
Marié, 10 enfants dont 1 militaire et 2 travaillent
En Art. 293 pour éthylisme traité, se serait désintoxiqué lui-même...
A eu 2 employeurs de 1958 à 1961
Chauffeur livreur

ANTECEDENTS

1952: accident du travail, fracture bras droit et jambe droite + traumatisme crânien avec perte de connaissance de quelques heures. Hospitalisation 1 an à Tenon. I.P.P. 17%.

1961: arrêt de travail pour troubles digestifs évoquant une cirrhose.

EXAMEN MEDICAL en 1963

Signes de Murphy, pituites

Le sujet dit avoir bu un litre par jour jusqu'en 1962 et ne plus boire actuellement. Il se serait désintoxiqué lui-même.

Le travail de chauffeur est contre-indiqué

Le placier note: "présentation moyenne - désire travailler rapidement. Une recherche d'emploi de gardiennage conviendrait mais lui préférerait reprendre son métier de chauffeur."

C.T.O.

En août 1963: proposition de recherche d'emploi de gardien
Le sujet se trouve lui-même une place de chauffeur livreur à 3,20 F/h. et commence le travail en octobre 1963.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en mars 1965: IL TRAVAILLE TOUJOURS dans le même emploi et gagne 3,50 F/h. mais n'est pas satisfait étant toujours très fatigué.

CAS LXXVI

R... Raymond - 35 ans
Divorcé, a eu un enfant. Logé chez une amie;
En accident du travail pour traumatisme crânien et éthylisme désintoxiqué
Ecole primaire jusqu'à 12 ans
Couvreur.

ANTECEDENTS

1953: dépression nerveuse
1954: hospitalisation à Lariboisière pour perte de connaissance, traitement au Gardénal, a eu depuis deux pertes de connaissance. Séjours de trois mois à Sainte-Anne à la suite d'une bagarre avec un policier.
1960: accident du travail, fracture de la cupule du radius gauche, I.P.P. 8%
1961: accident du travail, chute de 5 mètres entraînant un coma de plusieurs semaines. Hospitalisation.

EXAMEN MEDICAL de Mai 1963

Il constate une faiblesse de la jambe gauche, le sujet a dû réapprendre à marcher, l'épaule gauche est luxée. Il existe quelques douleurs résiduelles du bras gauche et une diminution de la force musculaire des deux derniers doigts gauches. L'épilepsie est probable et de plus il existe un éthylisme à la bière. Le foie déborde d'une main. Le sujet accuse des céphalées et des vertiges sans chute. La cure de désintoxication est conseillée et effectuée du 27.5.1963 au 13.6.1963 à Bicêtre.

Le nouvel examen médical de Juillet 1963 constate que le sujet est à peu près sobre, mais que persistent un petit déséquilibre à la marche, des céphalées, des vertiges sans chute.

Le sujet voudrait une occupation mais la rééducation semble impossible, en particulier en raison d'une mémoire déficiente. Il n'est pas encore consolidé.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, IL EST ENCORE EN TRAITEMENT.

CAS LXXVII

R... Emmanuel - 41 ans
Veuf, 2 enfants
En maladie pour éthylisme et névrose
Niveau C.E.P.
Peintre au pistolet.

ANTECEDENTS

8.1962: hospitalisé pour asthme
11.1962: hospitalisation d'office à Villejuif après le décès de sa femme (la troisième)
Comportement solitaire, indifférence, éthylisme surajouté nié.
Traitement Largactyl 150 mg

Le 26.3.1963 ne désire pas l'intervention du Centre.

C.T.O.

Le 2. 9. 1963: proposition de recherche d'emploi de peintre au pistolet
Le 9. 9. 1963: refusé par l'employeur

Le 18.2. 1964: fiche emploi au dossier. Indisponible, traitement au C.T.R.S. Villejuif.

Transféré le 14.5.1964 en Haute-Saône à l'Hôpital Psychiâtrique Saint-Rémi.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête: EN TRAITEMENT.

CAS LXXVIII

R... Gaston - 54 ans
Marié, 2 enfants
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire bilatérale à rechute depuis 1950 et éthylisme ++
N'a pas le C.E.P.
De 1933 à 1962 chez le même employeur. Licencié, l'entreprise a quitté la Région Parisienne. Monteur O.S. sur machine.

ANTECEDENTS

1955: tuberculose pulmonaire bilatérale B.K. +. Nanterre 1 mois 1/2 puis 6 mois à Villiers. Retravaille à mi-temps
1958: rechute, pleurésie, hospitalisé à Nanterre
1959: pneumothorax spontané à gauche, Nanterre jusqu'au mois de Juillet 1960 puis à Villiers jusqu'en janvier 1962.

Chômage deux mois puis reprise du travail
Janvier 1963, troisième rechute. Infiltrat à droite. Soigné à Nanterre.

EXAMEN MEDICAL du 29.11.1963

Lombalgies. Cyphose légère + scoliose. Fracture humérale droite il y a trois ans limitant les mouvements de l'épaule droite. Intoxication éthylique ancienne et importante. Accepte une cure de désintoxication.

Dirigé sur Bicêtre.

C.T.O.

En cours de traitement le 4.12.1963.

CONCLUSION

DECEDE le 13.12.1964.

CAS LXXIX

R... Gaston - 30 ans
Célibataire, vit chez ses parents
En maladie pour névrose et éthylisme désintoxiqué
Niveau C.E.P. + un an de cours complémentaires
Apprentissage en menuiserie non terminé (1 an). Manoeuvre.

ANTECEDENTS

Asthme de l'enfance
Ethylisme chronique depuis le service militaire, sujet fruste
Comportement névropathique ancien avec subanxiété.
Découragement, passivité accusée, névrose d'échec.

1962: Examen psychotechnique à la Formation Professionnelle des adultes (peintre, bâtiment).

Hospitalisé à la suite d'une crise convulsive considérée comme étant d'origine exogène. E.E.G. normal.

Juin 1963: hospitalisé à l'hôpital Henri Rousselle

Le placier note: "présentation moyenne, ralenti, peu sûr de lui, n'a aucune idée de ce qu'il veut faire".

C.T.O.

Proposition de recherche d'emploi le 1.10.1963 de manutentionnaire O.S.

Le 6 Novembre 1963, embauché par l'Assistance Publique comme manoeuvre 570 Fr. par mois pour 45 h/semaine.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, en février 1965, il TRAVAILLE et est satisfait.

CAS LXXX

R... Raymond - 48 ans.
Divorcé, vit dans trois pièces avec sa mère retraitée, son fils étudiant.
En maladie pour tuberculose pulmonaire droite, éthylique désintoxiqué.
Niveau C.E.P. - C.A.P.
Apprenti de 29 à 33, tourneur sur métaux.
Au moins 3ème employeur. Chef d'atelier (traitement thermique).

ANTECEDENTS

Appendicectomie à 14 ans.
17.7.1962 entré à Saint-Antoine pour état nerveux.
8.1962 crise comitiale attribuée à "encéphalopathie éthylique", éthylisme reconnu. A cette occasion dépistage d'une tuberculose pulmonaire droite. Traité par antibiotiques.
En traitement en sanatorium jusqu'en mai 1963. Crise comitiale pendant son séjour en sanatorium, mis sur le compte d'une encéphalopathie éthylique.

EXAMEN MEDICAL du 24.6.1964

Visage tourmenté, daltonien, tremblement ++, foie gros (épilepsie niée).
Ethylisme désintoxiqué. Un verre de vin aux repas.
Toujours en traitement.

C.T.O.

Propose une recherche d'emploi de contrôleur en métallurgie.
Le placier, le 5.12.1963, note: "convoqué à 9 h.30 cet éthylique que l'on nous dit sevré, se présente avec une haleine insupportablement aromatique. A part cela, bonne présentation vestimentaire. Se rend compte de son déclassement professionnel. Accepte la diminution de salaire à prévoir."

Du 7.2.64 à Novembre 64, est à la recherche d'un emploi et trouve comme magasinier.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (17.2.1965) TRAVAILLE.

CAS LXXXI

S... Alfred - 40 ans
Marié, un enfant.
En maladie pour bronchite chronique, éthylisme.
Niveau C.E.P. - sait lire et écrire.
3ème employeur depuis 1951: chef d'équipe ferrailleur.

ANTECEDENTS

27.2.1963: épisode de bronchite, essentiellement éthylique.
18. 5. 63: cesse toute activité.

EXAMEN MEDICAL du 16.9.1963

Varicosités des pommettes, bronchite chronique, crampes des mollets.
Ethylisme non avoué. Tremblements +
Cure de désintoxication à Bicêtre du 21.10 au 7.11.1963.
Le 23.11.1963 en cours de traitement.
Le 20.1.64 ne s'est pas présenté aux convocations au placement.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (4.2.65) NE TRAVAILLE PAS depuis mai 1963.

CAS LXXXII

S... Marcel - 54 ans.
Veuf. Sans domicile depuis mai 1962.
En maladie longue durée pour pleurésie + lobectomie supérieure droite + abcès du poumon.
Ethylisme désintoxiqué, séquelles d'occlusion intestinale.
Lire, écrire ?
Monteur en charpente métallique. Très nombreux employeurs. 8ème depuis 1938.

ANTECEDENTS

O.I.A. en 1954, cinq interventions successives.
1955: lobectomie supérieure droite pour abcès du poumon.
1962: pleurésie gauche. Désintoxication au sanatorium en novembre.
14.4.63: sort du sanatorium.

C.T.O.

6.8.63:propose une recherche d'emploi de coursier garçon de bureau.
Accepté comme gardien au parc zoologique.
16.8.63: intervention pour ulcus perforé.
Du 17.10.63 au 17.11.63: en convalescence à Rambouillet.
Hébergé ensuite par la Croix Rouge, Quai de Valmy.
5.12.1963: apte au travail à temps complet.
9.12.1964: placé comme agent de service à la Préfecture de la Seine.
Un logement doit être mis à sa disposition.
Deux arrêts de travail pour soigner son "ulcère gastrique".

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (4.2.65) TRAVAILLE à la Préfecture et est satisfait.

CAS LXXXIII

S... Raymond - 43 ans.
Marié, une fille mariée. Logement deux pièces sans eau où il pleut.
Maladie pour asthme, emphysème, ethylisme.
Ecole jusqu'à 13 ans, pas de C.E.P.
Formation professionnelle d'ébaucheur en optique, à l'usine de 1933 à 1937. 4ème employeur (750 Frs par mois).

ANTECEDENTS

Asthme depuis 1938
Insuffisance hépatique avec vésicule hypertrophiée.

EXAMEN MEDICAL

Septembre 1964: légère hépatomégalie, tremblements ++, rotuliens vifs, Romberg, fibrillations de la langue, insomnies.
L'éthylisme est nié, on ne peut imposer la désintoxication.

C.T.O.

Novembre 1963: propose une recherche d'emploi de monteur en optique.
Le placier indique: "bonne présentation, connaît le montage, l'ajustage des verres.
Ce même mois, il commence un traitement désensibilisant par piqûres.
D'après son médecin traitant, il ne peut travailler pendant ce traitement.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (février 1965), il est toujours à la recherche d'un emploi.

CAS LXXXIV

W... Henri - 42 ans.
Séparé, a eu 5 enfants. Vit à l'hôtel.
En accident de travail pour séquelles de fracture cervico trochantérienne gauche, lombalgies, éthylisme, gastrectomie.
Ecole primaire jusqu'à 11 ans.
Trois employeurs en 2 ans. Peintre en bâtiment.

ANTECEDENTS

1952: gastrectomie pour ulcus.
Bronchite chronique.
1960: A.T. trauma lombaire.
1962: A.T. fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche opéré d'urgence à Lariboisière.

EXAMEN MEDICAL

Octobre 1963: "marche toujours avec une canne malgré une bonne mobilité et une bonne consolidation, grosse participation psychique. Ethylisme."
Examen psychiâtrique: cet éthylique caractériel reconnaît une intoxication habituelle mais refuse catégoriquement la cure de désintoxication.

C.T.O.

Décembre 1963: propose une recherche d'emploi de manutention moyenne.
Proposé et accepté chez Prénatal en janvier 1964. Il refuse la place.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête: IL NE TRAVAILLE PAS.

CAS LXXXV

B... Jean-Robert - 31 ans.
Divorcé, verse une pension alimentaire de 150 frs pour sa fille.
Pas de domicile.
En invalidité pour tuberculose pulmonaire bilatérale, éthylisme.
Enfance assez perturbée. Scolarité inefficace. Niveau cours moyen première année, deux ans d'armée puis de 56 à 59 déménageur à 30 F. par jour.

ANTECEDENTS

Familiaux: père mort de tuberculose en 1939, une soeur en traitement
1958: intervention pour ulcère gastrique perforé
1959: dépistage de la tuberculose pulmonaire, mal traitée par incompréhension du sujet (éthylisme) traitement antibiotique discontinu dans 7 hôpitaux ou sanatoriums différents.
12.1962: le tubage est toujours positif. Le traitement est repris jusqu'en septembre 1963.

EXAMEN MEDICAL

Septembre 1963: trois renvois disciplinaires de sanatorium.
Avoue avoir bu 4 à 6 litres par jour. Refuse la cure. Inapte à son ancien métier, l'internat semble préférable.

C.T.O.

Octobre 1963: propose une rééducation d'horticulture avec stage préparatoire.
Il commence son stage en décembre 1963 mais le 1er aout 1964 il est renvoyé pour motif disciplinaire alors que le stage à COUBERT était prévu jusqu'au 31 janvier 1965.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête IL NE TRAVAILLE PAS.

CAS LXXXVI

A... Raymond - 43 ans.
Marié, 2 enfants.
Niveau C.E.P.
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire droite, éthylisme.
Mécanicien dentiste, prothésiste, manutentionnaire.

ANTECEDENTS

1943: Commotion (bombardement) attribue: tremblement, irritabilité
1945: éclats de genou, abcès en 1947
1946, 1952, interventions sur éclats dans la cuisse.
1948: crise cardiaque (infarctus ?).
1962 à 1963: tuberculose pulmonaire droite avec divers séjours en hôpital et sanatorium. Au début B.K. + puis B.K. -

EXAMEN MEDICAL

Gêne du genou droit, nie l'intoxication éthylique mais tremblements importants. Boit plus de 2 litres de bière par jour.

C.T.O.

1963: en cours de traitement pour fracture de Pouteau Colles.
1964: Accord pour réentraînement industriel de 4 mois au Centre Suzanne Masson. Il y rentre en janvier 1965.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête: EN COURS DE REEDUCATION.

CAS LXXXVII

V... Henri - 56 ans
Vit maritalement. Son amie boirait.
En maladie professionnelle (probable), éthylisme, silicose.
Redresseur à la Régie Renault
De 1920 à 1931 a travaillé aux Houillères comme mineur de fond.
De 1931 à 1938 conducteur de machine dans un laminoire.
Travaille chez Renault depuis 1935.

ANTECEDENTS

Février 1954: Nodule dense sous claviculaire gauche, hospitalisation et traitement par Rimifon.
1961: hospitalisation pour troubles cardiaques: tachyarythmie ou infarctus puis phtisiologie et sanatorium jusqu'en janvier 1962.
Hospitalisation pour ascite (imprégnation éthylique ancienne et connue) en poursuivant l'antibiothérapie triple.
Avril 1963: reprise du travail à mi-temps.
Juillet 1963: déclaration de la silicose: "extension progressive des images malgré une bacilloscopie toujours négative". Passe l'expertise.

C.T.O.

Propose un contrat de rééducation avec les Usines Renault pour trois mois à dater du 18 novembre 1963.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, mars 1965, il TRAVAILLE chez Renault dans un atelier de déficients où il est très surveillé et effectue un travail limité avec un horaire normal mais un salaire inférieur à celui qu'il avait avant sa maladie.

CAS LXXXVIII

V... Maurice - 50 ans
Marié, trois enfants
En maladie longue durée pour éthylisme désintoxiqué, tuberculose pulmonaire, artérite oblitérante de la jambe gauche.
O.S. Machine chez Renault où il est entré en 1939.

ANTECEDENTS

1962 Accident du travail: blessure du cuir chevelu, arrêt un mois et demi (février-mars)
En mai, cure de désintoxication à Saint-Cloud.
A cette occasion découverte d'une opacité du sommet droit. Traitement sanatorial de 7 mois plus trois mois à domicile avec antibiotiques triples.
Pendant ce temps abandon du domicile d'abord par sa fille qui a un enfant, puis par sa femme qui emmène ses deux plus jeunes enfants.
En juin 1963: reprise du travail à temps partiel mais manifestation de l'artérite gauche. Traitement.

C.T.O.

En septembre 1963: propose un contrat de rééducation avec les usines Renault de trois mois à dater du 2.9.1963.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête, il fait chez Renault, un TRAVAIL LIMITE D'O.S.
Il vit seul, à l'hôtel, mais ne boit pas.

CAS LXXXIX

C... Marcel - 53 ans
Marié, 4 enfants.
Art. 293 pour syndrome subjectif post trauma crânien, éthylisme.
Niveau brevet.
Entré à la Compagnie Air France en 1936.
Agent aérien de 51 à 59.
Agent administratif de 60 à 62, gagnait environ 1300 F. par mois lorsqu'il est licencié en mai 1962 pour raisons médicales.

ANTECEDENTS

1956: trauma crânien sans perte de connaissance.
Depuis, céphalées, vertiges, hypoacousie, pertes de mémoire.
Aurait déjà subi une cure de désintoxication mais ne peut préciser où ni quand... (en fait Bicêtre en 1958).

EXAMEN MEDICAL

Juin 1963: très réticent, éthylisme ancien, logorrhéique.
Le psychiâtre note resté deux ans sobre, rechute progressive mais semble-t-il réellement peu imprégné. Apte à un petit travail à terre sans responsabilité ni danger.
Le placier constate: très déprimé, émotif, craintif, il pleure.
Ne supporte pas le bruit ni les transports en commun.
Incapable de soutenir une conversation suivie.
De plus, vient de recevoir un ordre d'expulsion de son appartement appartenant à Air France, ce qui semble avoir aggravé son état.

C.T.O.

Propose une recherche d'emploi de planton huissier.
En attendant, il trouve lui-même pour quelques temps une place de manutentionnaire.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête: il NE TRAVAILLE PAS.

CAS XC

F... Octave - 58 ans
Divorcé, 1 enfant
En maladie pour fracture du fémur et de l'astragale droit et éthylisme.
Tourneur outilleur.

ANTECEDENTS

1934 Fracture du fémur et l'astragale droits
1950 astragalectomie droite
1954 intervention pour tumeur retro orbitaire droite
Nombreuses chutes de moto et vélo.
1961 fracture du fémur droit - traitements divers pendant un an.
Tentative d'autolyse récente.

EXAMEN MEDICAL

Juillet 1963: Raccourcissement du membre inférieur droit, semelle orthopédique, tibiotarsienne bloquée, boite, attitude cyphoscoliotique.
Style clochard. Avoue un litre par jour. Foie trois travers de doigts.
Délaissé par sa concubine, se laisse aller.

C.T.O.

Propose en octobre 1963 une recherche d'emploi de contrôleur en petite mécanique assis mais en novembre le sujet se fait hospitaliser.

CONCLUSION

DECEDE le 24 février 1964.

CAS XCI

B... Martial - 34 ans.
Séparé, en instance de divorce, deux enfants.
Vit à l'Hôtel
En maladie pour fracture de la cheville droite, traumatisme crânien et éthylisme.
Ecole primaire jusqu'à 13 ans. Sait lire et écrire.
Très instable dans son travail. Compagnon plombier.

ANTECEDENTS

1957: traumatisme crânien, depuis pertes de connaissance.
1962: chute dans la rue: fracture malléolaire interne de la cheville droite.

EXAMEN MEDICAL

Juin 1963: daltonien, très légère claudication, cheville presque complètement ankylosée.
Examen O.R.L.: inflammation chronique chez un gros fumeur
E.E.G.: tracé irrégulier sans image paroxystique.
Sujet à diriger sur Bicêtre.
Entré à Bicêtre le 28 juillet pour désintoxication, il en sort le 6 août sur sa demande . Donc cure incomplète.

C.T.O.

Octobre 1963: propose une recherche d'emploi d'aide magasinier.
Ne répond pas aux offres d'emploi.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (février 1965) il travaille depuis janvier comme cantonnier. 600 F./mois, 40 heures par semaine.

CAS XCII

C... Jean - 46 ans
Divorcé, trois enfants vivant avec leur mère. Devrait verser pension alimentaire.
Vit maritalement, présence du fils de l'amie.
En accident du travail pour plaie pouce gauche, amputation partielle.
Ethylisme désintoxiqué.
Ecole primaire jusqu'à 14 ans, apprenti maçon sur chantier.
1 seul employeur depuis 1952. Garçon cimentier.

ANTECEDENTS

1ère cure de désintoxication en 1957
13.1.61: accident de travail pouce gauche coupé, ne peut plus s'en servir.
7.2.1962: examen psychotechnique médiocre.
26.2.1962: recommence à travailler chez son employeur comme manoeuvre.

4.9.63: licencié de son emploi de manoeuvre trop dur plus comportement (semble boire).
16.6.1963: travaille comme manoeuvre électricien du bâtiment.
Du 3 au 24 octobre 1963: 2ème cure de désintoxication.

EXAMEN MEDICAL

5.11.1963: un peu fatigué.

C.T.O.

12.11.1963: propose une recherche d'emploi de petite manutention.
Novembre 1963: placé par le Service.
19.12.1963: replacé par lui-même.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (février 1965) NE TRAVAILLE PAS: en chômage depuis le 26.1.1965 "je fais tout pour retrouver du travail, mais vu l'état de ma main gauche c'est dur. Je ne désespère pas".

CAS XCIII

C... Georges - 43 ans
Divorcé, sa femme l'a quitté.
Une pièce cuisine.
En Art. 293 pour éthylisme désintoxiqué et récidivant, névrite optique, pleurésie gauche.
Niveau C.E.P. - C.A.P. mouleur en fonte plus apprenti électricien.
4ème employeur, mouleur trempeur, licencié.

ANTECEDENTS

1944-1945: déporté à Saxenhausen
18.12.1961: arrêt de travail
12.1961: désintoxiqué à Montfermeil
2.1962: pleurésie purulente gauche
4.1962: troubles psychiques. Electrochoc à Sainte Anne.
Début 1962: névrite optique, daltonien.

EXAMEN MEDICAL

Séquelles pleurales base gauche, palpitations le matin, névrite optique peu accentuée: éviter les travaux fins à vision précise.
Ethylisme actuel nié (2 litres de vin auparavant).

C.T.O.

31.12.1963: propose une recherche d'emploi d'ouvrier entretien.
Le placier note: "bonne présentation vestimentaire mais faciès typique de l'imbibé, répand (à 10 heures du matin) une odeur d'alcool dans le bureau bien qu'il ne boive plus depuis 1961... Atteint par la déportation, semble s'en être mal relevé. De plus sa femme l'a quitté.
En juin 1964: est toujours à la recherche d'un emploi.

CONCLUSION

A L'INVALIDITE depuis décembre 1964.

CAS XCIV

M... Emilien - 51 ans.
Divorcé, deux enfants.
En maladie longue durée pour tuberculose pulmonaire gauche et éthylisme.
Lire, écrire. Coiffeur.

ANTECEDENTS

1940: ulcère duodénal, gastrectomie.
1960: pleurésie droite puis en septembre 1961 tuberculose pulmonaire sommet gauche. En sanatorium de novembre 1963 à janvier 1964.

EXAMEN MEDICAL

20. 9.1963: éthylisme avoué, refuse la cure
11.1963: entre à Villiers, en sort en février 1964, puis en repos et traitement 6 mois encore.
Hébergé par l'Armée du Salut. Refuse la cure
En prolongation d'arrêt de travail jusqu'en novembre 1964.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (2.3.65) sort de Bicêtre avec CONVALESCENCE à suivre.

CAS XCV

T... Lucien - 58 ans.
Marié, sa femme travaille, deux enfants.
En maladie pour tuberculose pulmonaire bilatérale, hernie inguinale bilatérale, varices des deux membres inférieurs, éthylisme.
Illettré. 36 ans chez le même employeur. Mécanicien d'entretien.
Licencié (pas assez valide).

ANTECEDENTS

6.10.60: arrêt de travail pour tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance gauche. En traitement du 2.1.61 au 16.8.61 à Villiers puis à Saint-Martin du Tertre.
Reçoit strepto, I.N.H., P.A.S.

EXAMEN MEDICAL

29.8.63: toux, expectoration +, varices importantes des deux jambes et cuisse gauche.Le foie déborde de 3 travers de doigts.
Hernie ombilicale et inguinale bilatérale.
Tremblements ++. Ethylisme avoué.

CONCLUSION

4.9.63: déclaré INAPTE.

CAS XCVI

U... Balislaw - 51 ans.
Divorcé, un enfant.
En maladie pour traumatisme crânien, polynévrite et Ethylisme.
Sait lire, pas écrire.
Affuteur P.2, du 8.1.60 au 16.11.62 affuteur P.1.

ANTECEDENTS

1957: Accident du travail: trauma crânien + trauma genou et épaule droite sans fracture A.T. 45%.
17.11.62: licencié pour éthyl. arrêt de travail.

EXAMEN MEDICAL du 24.10.1963

Varicosités des pommettes, douleur des mollets à la marche. Le foie déborde de 3 travers de doigts. Vertiges.

Ethylisme ++ (nié) trémulant. Réflexes vifs.
7.11.1963: accepte la cure de désintoxication
Du 15.11.1963 au 3[illegible]2.1963: Désintoxication à Bicêtre

EXAMEN MEDICAL du 23.12.1963

Mauvais état général (cure assez mal supportée), assez abattu, marche incertaine, ralentissement, encore sobre.

C.T.O.

31.12.1963: propose une recherche d'emploi d'O.S. léger, surveillant, planton.
Avis du placier: présentation moyenne, démarche hésitante, paraît très affaibli. Placement très difficile du fait de l'état général médiocre.
27.4.1964: est à la recherche d'un emploi.

CONCLUSION

Lors de l'enquête en février 1965, est en congé de LONGUE MALADIE.

CAS XCVII

V... René - 50 ans.
Marié, un enfant marié. Vit dans une pièce.
En Art. 293 pour gastrectomie pour ulcus, amputation médius droit, mauvaise acuité visuelle oeil droit.
1ère partie de baccalauréat. Militaire infanterie coloniale de 1930 à 1947 puis 9 employeurs de 50 à 62: ouvrier d'entretien. Manutentionnaire. Licencié pour compression de personnel.

ANTECEDENTS

1953 à 1956: en traitement pour ulcus pylorique et gastrectomie.
10.6.1960: hospitalisé pour troubles dyspeptiques secondaires à la gastrectomie. Depuis traité pour vomissements, gastralgies.
17.9.1962: hospitalisé à la Pitié pour quelques convulsions des membres inférieurs. Suspicion de comitialité, sans preuve.
14.5.1963: hospitalisé à la Salpétrière pour bilan, pertes de connaissance et état dépressif. Pas de comitialité. Pertes de connaissance probablement à rattacher à l'éthylisme chronique.

EXAMEN MEDICAL du 9.7.1963

Tremblements +++, encore en traitement par dihydan, sédatifs. Dit ne plus boire depuis 6 mois, avoue un litre auparavant. Ethylisme ancien chronique, troubles digestifs: gastrectomie, dolichocolon, mauvaise acuité visuelle, gène fonctionnelle main droite.
4.9.1963: en traitement à l'hôpital Cochin.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (3.2.1965) ne travaille pas, est à l'INVALIDITE depuis le 18 avril 1964.

CAS XCVIII

V... Armand - 55 ans.
Veuf.
Invalidité pour fracture du calcanéum droit, tuberculose pulmonaire droite.
Ethylisme +++, grosse diminution de la vue + hypoacousie.
Illettré. Compagnon maçon.

ANTECEDENTS

Tuberculose pulmonaire droite avec B.K. + en traitement d'octobre 1959 au 31.3.1961 par antibiotiques en sanatorium.

EXAMEN MEDICAL du 2.12.1963

Marche avec une canne. Pantoufles, haleine aromatique, trémulations de la langue. S'exprime difficilement. Ethylisme +++. Non présentable à un employeur.

CONCLUSION

4.12.1963: déclaré INAPTE.

CAS IC

V... Emile - 51 ans
Marié, trois filles écolières.

H.L.M. 2 pièces cuisine.
En maladie pour tuberculose pulmonaire bilatérale à rechute, éthylisme chronique, gastrectomie.
Niveau élémentaire. De 45 à 55 manoeuvre chez le même employeur, fossoyeur un mois en 55, un mois et demi nouvel employeur, arrêt de travail en 1956. Fondeur.

ANTECEDENTS

1947: début clinique de tuberculose pulmonaire. Traitée 6 mois. Ethylisme chronique. Syphilis traitée jusqu'en 1955.
1956: Arrêt de travail
1957: gastrectomie pour ulcère duodénal perforé
1960: T.P. bilatérale B.K. + éthylisme, misère physiologique
1960: cure de désintoxication
1960 au 6.1.1962 au Sanatorium d'AINCOURT puis jusqu'en avril 1963 hospitalisé à Eaubonne (strepto, P.A.S., I.N.H.)

EXAMEN MEDICAL du 6.5.1963

Reçoit du trécator 2 c/j. Peu coopérant, troubles de mémoire. Trémulations de la langue, haleine aromatique, tremblements ++. Avoue un demi-litre de bière.
L'avis du placier: présentation moyenne, ne veut pas travailler. Voix éteinte, se dit fatigué, traine les pieds, ne désire pas qu'on lui recherche un emploi.

CONCLUSION

Au moment de l'enquête (février 1965): a été déclaré INAPTE.

CAS C

Y... Bernard - 49 ans.
Célibataire, vit chez sa mère qui est concierge.
En maladie pour éthylisme chronique avec troubles hépatiques.
Sait lire, écrire.
Emballeur.

ANTECEDENTS

Arrêt de travail en août 1962 pour rectorragies mises sur le compte d'hémorroïdes. Un traitement par sclérose est en cours. L'éthylisme est important, le sujet est très amoindri physiquement et psychiquement.

EXAMEN MEDICAL de Septembre 1963

Mauvais état général - spina bifida C7,arthrose cervicale inférieure provoquant des douleurs du cou et du dos. Tremblements +++. Il refuse la cure de désintoxication.

C.T.O.

En novembre 1963 propose une recherche d'emploi de coursier-planton ou petite manutention.
Mai 1964 en maison de repos.

CONCLUSION:

Au moment de l'enquête, le sujet est à l'INVALIDITE depuis le 1er Mai 1964.

III - ETUDE SYNTHETIQUE DES 100 OBSERVATIONS

Nous pensons utile de souligner que, pour le groupe des cent dossiers dont l'étude a été poussée et complète, il y a avec le groupe des 262 cas une grande similitude dans les pourcentages obtenus pour l'âge, le risque, la désintoxication, les maladies associées, le métier antérieur, la décision de la C.T.O. Nous pouvons donc valablement considérer que l'étude des cent derniers dossiers examinés par la C.T.O. en 1963 donne une idée assez exacte de la situation générale en ce qui concerne:

- 1) La situation de famille
- 2) Le nombre d'enfants
- 3) Le logement
- 4) Le niveau d'instruction
- 5) La stabilité dans l'emploi.

A - RAPPEL, POUR LES 100 OBSERVATIONS, DES ELEMENTS DEJA ETUDIES LORS DE LA PRESENTATION GENERALE DE LA POPULATION.

1) Sexe

Nous avons pris les 100 derniers hommes dont le cas a été examiné en 1963 par la Commission Technique d'Orientation.

2) Age

TABLEAU N° X

nches d'Age	20 24	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Tota
bre de sujets r les 100	0	1	10	9	18	16	20	24	2	100
our les 262	0,4	2	9,6	10	18,8	17,6	17,2	21,6	2,8	100

Le graphique correspondant représente, en coordonnée mi-logarithmique, d'une part les chiffres correspondant à l'ensemble des 250 hommes examinés en 1963 et d'autre part, ceux correspondant à notre échantillon de 100 cas examinés plus spécialement. Les deux courbes peuvent très sensiblement se recouvrir l'une l'autre par une simple translation, ce qui prouve que les pourcentages sont quasiment identiques et que notre échantillonnage est bien représentatif de l'ensemble.

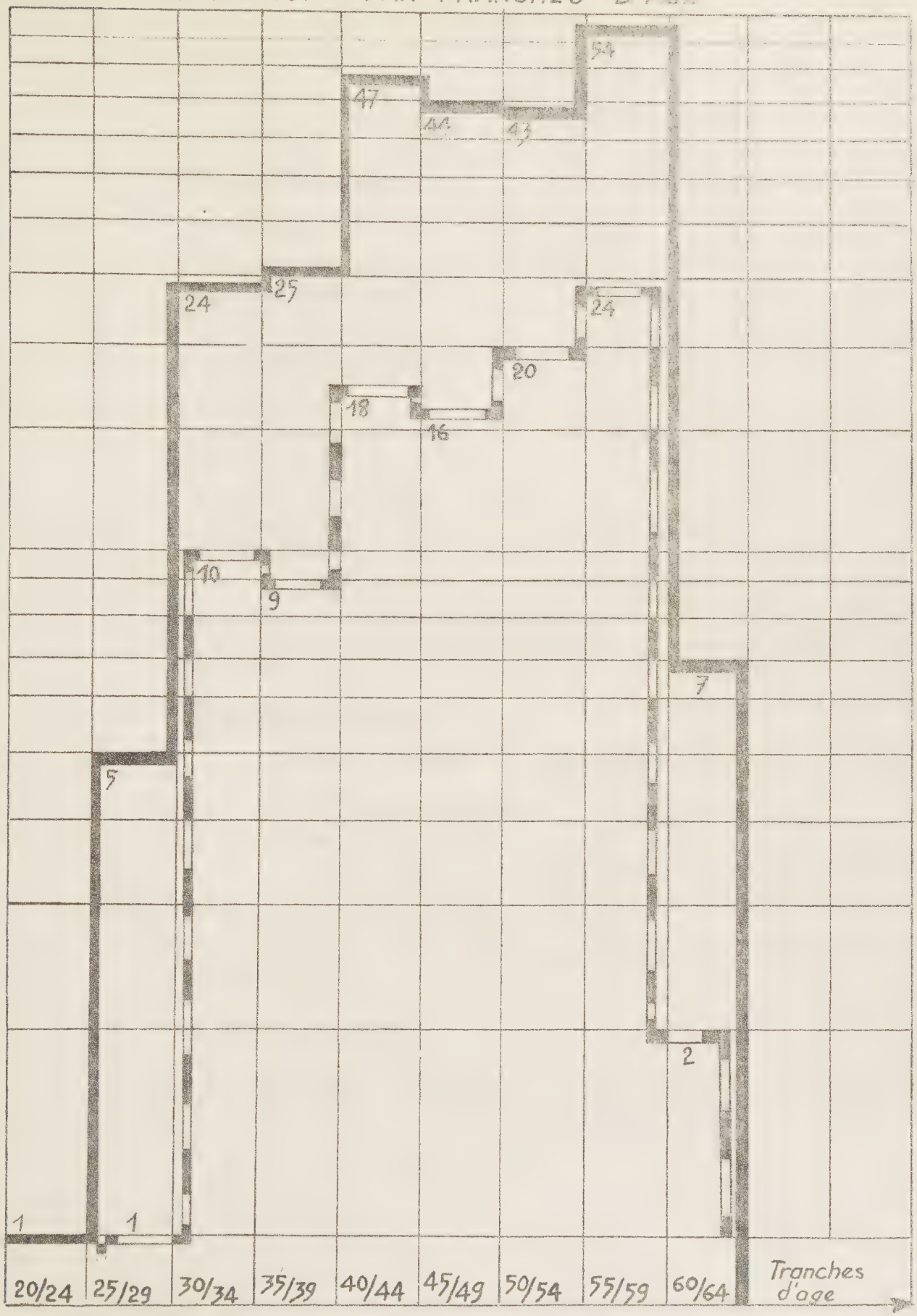
3) Risque

Le tableau n° XI permet de constater ici encore la similitude des pourcentages.

TABLEAU N° XI

ques	Mal.	M.L.D.	Art. 293	INV.	A.T.	Mal. Prof
bre de sujets r les 100	33	26	17	12	10	2
our les 262	30,2	25,2	13,7	16,4	13,2	0,8

RÉPARTITION PAR TRANCHES D'AGE



4) La désintoxication

	250	100
Désintoxiqués avant intervention du centre	85 (34%)	36
Désintoxiqués par intervention du Centre	11 (4,4%)	7
Nombre total et proportion de désintoxiqués	96 (38,4%)	43
Nombre et proportion de sujets non désintoxiqués	154 (61,6%)	57

Ici encore il apparait que, sans être exactement égaux, les pourcentages de sujets désintoxiqués dans les cent cas sont sensiblement analogues à ceux relevés pour l'ensemble des 250 cas examinés durant l'année 1963.

5) Les maladies associées

En ce qui concerne la tuberculose, on trouve:

- tuberculose pulmonaire: 33 cas soit 33%
- tuberculose génito urinaire: 2 cas soit 2%
  Soit 35 anciens tuberculeux parmi les 100 sujets étudiés (le pourcentage pour les 262 cas était de 32,44%).

On peut donc dire que sur 3 alcooliques examinés par le centre, 1 était tuberculeux, tant pour l'ensemble des cas que pour notre échantillon de 100 sujets.

6) Le métier antérieur

En ce qui concerne la qualification antérieure, notre échantillon de 100 cas est également bien représentatif de l'ensemble.

	250	100
Cadres, maîtrise, employés ouvriers qualifiés	125 (50%)	53
Ouvriers spécialisés	52 (20,8%)	15
Manoeuvres, entretien, gardiennage	73 (29,2%)	32

Il en est de même pour la profession antérieure. Le tableau XII donne la distribution détaillée pour les 100 cas que l'on peut comparer au tableau VII pour les 250 cas.

	250	100
Bâtiment, bois et amènagements	33%	33
Mécanique et métallurgie	19%	26
Chauffeur	8,7%	7
Gros travaux, manutention	12%	14

etc...

7) Les propositions de la Commission Technique d'Orientation

Le tableau XIII indique que sur 100 sujets:

- 26 ont dû être reconnus inaptes par la Commission
- 2 sujets estimés aptes se sont déclarés incapables de reprendre le travail.

Le Centre de Reclassement a donc eu à poursuivre son action pour 72 cas (contre 73% pour l'ensemble des 250 hommes).

TABLEAU N° XII - REPARTITION PAR AGE DES 100 DERNIERS SUJETS SELON LA PROFESSION ANTERIEURE

TRANCHES D'AGE		25 / 29			30 / 34			35 / 39			40 / 44			45 / 49			50 / 54			55 / 59			60 / 64			Total			TOTAUX	%
QUALIFICATION		Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M	Q	S	M		
Métallurgie	M						1												1			1						3	3	26
Mécanique	Q							4			2			1			6			4						17				
	S																	2			3						5	23	
	M																		1									1	
Bâtiment	Q	1			1						1			1			3			3			1			11				33
	S											1			1												3	19	
	M												1			2			2			1						6		
Aménagements	Q				2			2			4			1						3						12				
	M												1									1						2	14	
Cheminots	Q				2									2			1						1			6			7	7
	S														1												1			
Hotellerie	Q													1												1				
	S																				1						1	4	4
	M												1						1									2		
Ouvriers de commerce	M									1						1												2	2	2
Gros travaux	M						3			1			3			2			1			2						12	12	14
Manutentions	M															2												2	2	
	Q				1															1						2				
	S											3						1			2						6	9	9
	M																	1				1						1		
Métiers											1			1												2			2	2
Employés de bureau								1									1									2			2	2
Garçons de café																						1						1	1	1
Qualifiés	Q	1			6			7			8			7			11			11			2			53				
Spécialisés	S											4			2			3			6						15	100	100
Manœuvres	M						4			2			6			7			6			7						32		
TOTAUX		1			10			9			18			16			20			24			2			100				

Les proportions des décisions restent également du même ordre

- en traitement 13%
- sujets "actifs" 59% qui se décomposent en

  - 3 formations professionnelles
  - 1 réentraînement industriel
  - 2 reprises d'emploi avec contrat (à la R.N.U.R.)
  - 53 recherches d'emplois

- contre 41% sujets "inactifs".

Le graphique correspondant, analogue au graphique n° VIII établi pour les 250 cas, met en évidence un fait bien compréhensible: le rapport $\frac{\text{inactif}}{\text{actif}}$ est nettement plus élevé à partir de 50 ans.

Il permet de remarquer également que les formations professionnelles et réentraînements industriels sont proposés avant 45 ans.

Signalons ici encore l'analogie des pourcentages entre notre échantillon et l'ensemble des cas étudiés.

	250	100
Sujets actifs	62,8%	59%
Sujets inactifs (dont traitement)	37,2% (10,8%)	41% (13%).

TABLEAU N° XIII

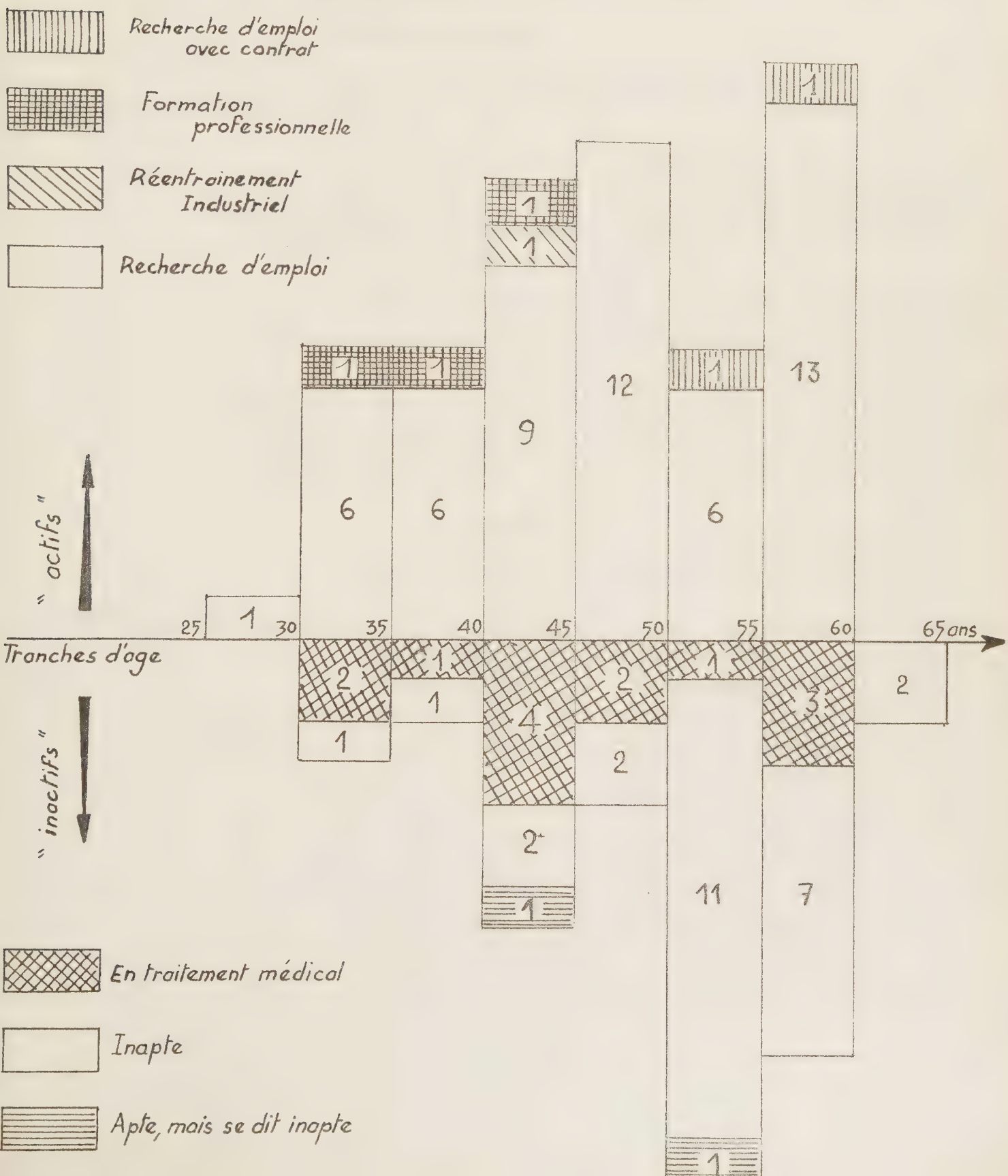
PROPOSITIONS DE LA COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION

POUR LES 100 DERNIERS CAS EXAMINES EN 1963

Tranches d'Age	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total ou%
En traitement		2	1	4	2	1	3		13
Inapte		1	1	2	2	11	7	2	26
Serait apte Se dit inapte				1		1			2
Formation Professionnelle		1	1	1					3
Réentraînement Industriel				1					1
Recherche d'emploi avec contrat						1	1		2
Recherche d'Emploi Employés						2			2
Ouvriers Qualifiés			1			1	3		5
Ouvriers Spécialisés		3	1	3	1	1	2		11
Manoeuvres ou Manutention	1	3	3	5	9	1	1		23
Entretien Gardiennage			1	1	2	1	7		12
TOTAL	1	6	6	9	12	6	13		53
TOTAL GENERAL	1	10	9	18	16	20	24	2	100

Graphique n° 13

PROPOSITIONS de la Commission Technique d'Orientation pour les 100 derniers cas examinés en 1963 (analyse par tranches d'age)



B - DONNEES SUPPLEMENTAIRES ETUDIEES POUR LES 100 DERNIERS CAS

1) La situation de famille

Le tableau n° XIV et le graphique correspondant montrent la nette prédominance du nombre des sujets n'ayant pas une vie conjugale normale.

Le fait est évident pour les "divorcés", les"séparés" et les "vivant maritalement" (parmi ces derniers qui sont 10, on dénombre en fait 3 divorcés, 2 séparés et 1 veuf). Nous considérerons que les "célibataires" (qui ont plus de trente ans) n'ont pas une situation familiale normale, non plus que les "veufs".

Sur les 100 hommes étudiés, 44 seulement sont mariés et encore nous faut-il insister sur le fait que cet état n'implique pas forcément l'harmonie du ménage, ainsi qu'en témoignent certaines observations.

Au total bien peu d'alcooliques, comme on pouvait le prévoir, ont une vie familiale satisfaisante. Encore faut-il ajouter que les renseignements fournis par les intéressés sur leur vie privée ne reflètent sans doute pas l'exacte vérité sur leur vie réelle et ont tendance à minimiser leur désordre.

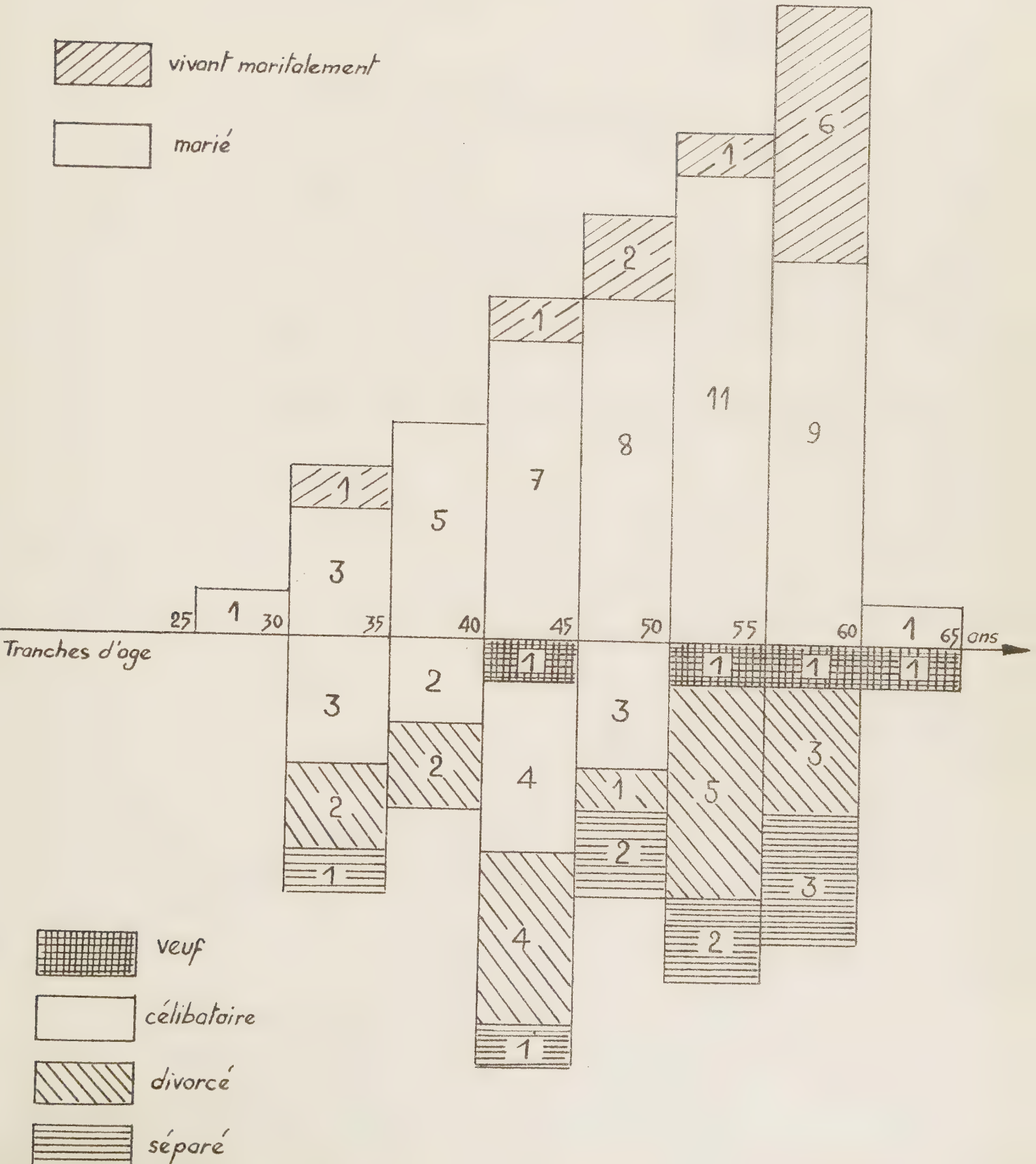
TABLEAU N° XIV

Situation de famille des 100 hommes

Tranches d'Age	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total ou %
Marié	1	3	5	7	8	11	9	1	44
Vivant maritalement	0	1	0	1	2	1	6	0	10
Célibataire	0	3	2	4	3	0	4	0	16
Divorcé	0	2	2	4	1	5	3	0	17
Séparé	0	1	0	1	2	2	1	0	7
Veuf	0	0	0	1	0	1	1	1	4
TOTAL	1	10	9	18	16	20	24	2	100

Graphique nº 14

SITUATION DE FAMILLE DES 100 HOMMES
(analyse par tranches d'âge)



Parmi les "vivant maritalement" 1 veuf
2 séparés
3 divorcés
5 célibataires

Donc vivent seuls 44
mariés ou vivant maritalement 54
vie conjugale perturbée (5V + 20D + 9S = 34).

2) Le nombre d'enfants

Il nous faut préciser, avant de donner les résultats sur ce point, que les chiffres avancés sont probablement inférieurs à la réalité. En effet, il ne nous a pas été possible de savoir si les 20 sujets non célibataires qui, sur notre tableau, sont classés comme n'ayant pas d'enfants, n'ont réellement pas d'enfants ou si, simplement, le nombre réel d'enfants n'a pas été signalé.

Le tableau n° XV indique les résultats de notre enquête selon les renseignements fournis par les intéressés que nous n'avons pu intégralement contrôler.

3) Le logement

Nous avons pu obtenir des renseignements précis sur ce point dans 57 des 100 cas.

Sur ces 57 hommes: 44 ont un domicile fixe (77,2%) mais pour plus du tiers d'entre eux la famille vit dans une pièce unique.

13 n'ont pas de domicile fixe (22,8%)

1 d'entre eux est en maison de santé en permanence

6 d'entre eux vivent à l'hôtel.

Quant aux 6 derniers pour lesquels nous sommes renseignés, ils dorment parfois à l'Armée du Salut, parfois à la belle étoile.

TABLEAU N° XV

DENOMBREMENT SELON LE NOMBRE D'ENFANTS

SELON LES TRANCHES D'AGE

Tranches d'Age		Nombre d'enfants	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Nombre d'hommes	Nombre d'enfants	Total
ans enfant à charge	célibataire	0	-	3	2	4	3	-	4	-	16	0	0
	non célibataire	0	-	1	-	5	5	7	10	2	30		
ombre d'enfants à charge		1		2	1	2	2	3	4	-	14	14	118
		2	-	-	1	4	-	1	2	-	8	16	
		3	-	-	1	-	1	3	1	-	6	18	
		4	1	-	2	-	-	1	2	-	6	24	
		5	-	1	-	1	1	-	-	-	3	15	
		6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	6	
		11	-	-	-	-	1	-	-	-	1	11	
		14	-	-	-	-	-	1	-	-	1	14	
ombre d'enfants lineurs (vivant avec a mère ou placés)		1	-	2	1	-	-	1	-	-	4	4	34
		2	-	1	-	1	-	3	-	-	5	10	
		3	-	-	1	-	1	-	-	-	2	6	
		4	-	-	-	-	-	-	1	-	1	4	
		5	-	-	-	1	1	-	-	-	2	10	
TOTAUX			1	10	9	18	16	20	24	2	100		152

4) Le niveau d'instruction

Le tableau n° XVI indique la répartition selon le niveau d'instruction et l'âge.

On constate qu'il s'agit presque uniquement de "primaires". Cette situation élimine pratiquement le Reclassement en emploi de bureau.

Il est à noter que 12% des sujets sont illettrés.

TABLEAU N° XVI

Tranches d'Age	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total	%
Baccalauréat	-	1	-	1	-	1	1	-	4	4
Brevet	-	-	1	1	-	1	-	-	3	3
C.A.P.	-	3	2	1	1	1	-	-	8	8
C.E.P.	-	3	4	8	8	5	6	1	35	35
Lire et écrire	-	2	2	5	6	10	12	1	38	38
Illettré	1	1	-	2	1	2	5	-	12	12
TOTAL	1	10	9	18	16	20	24	2	100	100

(Par Baccalauréat, Brevet, C.E.P., nous entendons "niveau" et non pas "diplôme").

5) La stabilité dans l'emploi

Nous avons cherché à déterminer le nombre d'employeurs du sujet pendant une période connue.

Pour 21 cas les renseignements étaient trop imprécis pour que nous puissions réellement classer ces sujets.

Pour les 79 autres nous avons fait un classement en 5 catégories:

stables	(Très stables:	2 employeurs au maximum ou une très longue période chez un même employeur: 10 ans
	(Assez stables:	1 employeur tous les 5 ans environ
instables	(Assez instables:	1 employeur tous les 3 ans environ (3 employeurs pour 10 ans)
	(Instables:	1 employeur tous les ans environ (pendant 5 ans)
	(Très instables:	Très nombreux employeurs.

TABLEAU N° XVII

Tranches d'Age	25 29	30 34	35 39	40 44	45 49	50 54	55 59	60 64	Total
Très stables	-	-	-	-	-	3	6	1	10
Assez stables	-	1	1	3	2	5	2	1	15
Assez instables	-	2	2	5	1	2	5	-	17
Instables	-	3	3	5	3	3	3	-	20
Très instables	1	3	3	2	3	2	3	-	17
	-	1	-	3	7	5	5	-	21
TOTAL	1	10	9	18	16	20	24	2	100

En conclusion, nous pouvons donc dire que plus de 2 sur 3 des sujets étudiés étaient des "instables" sur le plan professionnel.

IV - CAS PARTICULIER DES FEMMES

Si l'on s'en rapporte à notre étude, la fréquence de l'alcoolisme féminin peut paraître minime puisque nous ne relevons que 12 cas sur 262 dossiers étudiés. Ce phénomène n'est pas particulier au Centre de Reclassement Professionnel. Il est dû probablement à la dissimulation d'un diagnostic considéré comme particulièrement honteux pour les femmes. Ce camouflage des excès paraît assez aisément explicable, la Société jugeant plus mal la femme qui boit que l'homme, ainsi qu'a pu l'écrire Michel FONTAN:

> "Notre civilisation tolère mal les ivrognesses; très vite "les pochardes sont rejetées, sequestrées par leur famille, "mises au ban par le groupe. Les hommes ne les acceptent plus "que comme des objets, souillons dans leur cuisine, prosti- "tuées sur les trottoirs." (Revue du Praticien 1.2.64 p. 419)

Il remarque par ailleurs:

> "Nombre de services spécialisés dans le traitement des alcoo- "liques n'ont pas de lits réservés aux femmes ou ne leur en "réservent que 10%. Aucun des Centres français de post-cure "(curatoria, foyers d'abstinents) ou pour alcooliques consi- "dérés comme dangereux selon la loi du 15 avril 1954, ne dis- "pose d'une section pour les femmes".

Certes, on a pu constater que "bien plus que l'homme, la femme alcoolique ne désire pas se faire désintoxiquer" mais on peut penser qu'il y a en France au moins "300.000 femmes atteintes de troubles pathologiques d'origine alcoolique" (ce qui est probablement trop faible).

> "L'alcoolique est souvent une femme seule et son isolement "fait partie des déterminations de l'appétence toxique. Les "bases de l'existence affective des buveurs semblent, en effet, "être comme pour la femme normale l'aspiration à l'amour, à la "maternité, à la Sécurité.
>
> "C'est parce que ce trépied des objectifs n'est pas satisfait "que nombre de femmes le remplacent par l'alcoolisation, mé- "canisme défensif contre la frustration, la stérilité, l'incer- "titude.
>
> "Plus souvent que chez les hommes, l'alcoolisme des femmes "a valeur de desocialisation ou d'asocialisation."

Pour de nombreux auteurs l'alcoolisme chez une femme signifie l'existence d'une grave et profonde désorganisation névropathique de la personnalité, les alcooloses (névroses arrosées) étant beaucoup plus fréquentes que les alcoolites (alcoolisation d'habitude) chez les femmes (80 à 85%) que chez les hommes (40 à 45%) (P. Fouquet).

Cette origine souvent névrotique de l'alcoolisation des femmes explique combien leur Reclassement Professionnel pose un problème encore plus difficile que pour les hommes.

Le nombre de femmes signalées étant proportionnellement très faible, nous ne pouvons tirer des quelques observations recueillies des généralisations valables.

Nous nous contenterons donc de livrer ces quelques cas tous particuliers que nous n'avons pas cru devoir faire entrer dans les statistiques que nous avons tenté d'établir pour les sujets hommes.

La simple lecture de ces quelques exemples montre combien il s'agit souvent de cas quasi désespérés sans qu'il faille en déduire que des tentatives de Reclassement Professionnel ne doivent pas être effectuées.

Les 12 cas étudiés

- l'âge moyen des 12 femmes considérées au moment du signalement est 44 ans et 9 mois
- 3 sur 12 avaient subi une cure de désintoxication soit 1 sur 4
- les affections associées sont:
  - 5 tuberculoses pulmonaires
  - 1 névrose
  - 2 varices + 1 saplinectomie
  - 2 obésités
  - 1 lonsalgie + 1 hernie discale opérée
  - 1 diminution de l'acuité visuelle
  - 1 accident du travail: fracture d'un métacarpien + traumatisme crânien.
- Les propositions de la C.T.O. peuvent être classées en:

5 échecs immédiats	(4 inaptes (1 qui serait apte mais refuse
7 essais de reclassement	(2 manutention à demi-assise (3 conditionnement (2 emplois de bureau

A titre d'exemple, on trouvera dans les pages qui suivent les trois derniers cas examinés au Centre André LEVEILLE en 1963.

P... Marie
50 ans
Mariée
1 fils marié

Actuellement en INVALIDITE pour
varices des membres inférieurs
obésité
lombalgies
éthylisme

Sait lire et écrire

Caissière et réceptionniste, elle a travaillé chez un même employeur de 48 à 57. Elle était depuis 57 chez un nouvel employeur lorsqu'elle s'est arrêtée en mars 1958.
Signalée au service de Reclassement en juin 1963.

L'examen médical constate chez cette femme logorrhéïque, au faciès vultueux,
une obésité
une hernie ombilicale
des varices des M.I. avec cicatrices d'ulcères variqueux
une hyperlordose lombaire.

La malade se plaint de lombalgies et d'autre part présente des signes fonctionnels évoquant une polynévrite débutante:
paresthésies, crampes, faiblesses des M.I., pas de signes objectifs
le foie est petit
non réglée depuis 3 mois: ménopause probable
l'éthylisme est certainement ancien mais non avoué
Une cure de désintoxication serait utile mais non acceptée.

La C.T.O. a estimé que cette malade serait apte à un travail léger.

L'assurée estime qu'elle en est incapable et refuse.

LE DOSSIER EST CLASSE.

M... Marguerite
41 ans
Célibataire

POLYNEVRITE ETHYLIQUE

Ecole primaire
Apprentissage du tissage à Roanne
A été manutentionnaire

1952	salpingite puis péritonite hysterectomie totale
jusqu'en 1961	prostitution à Grenoble
de 5.61 à 7.61	hospitalisée à Grenoble puis placée au "Nid", foyer de réadaptation pour prostituées. Essai de placement comme blanchisseuse, échoue car trop dur: polynévrite, dépression nerveuse.
18.4.63 au 4.5.63	Hospitalisée à Beaujon pour asthénie
16.8.63	Hébergée au Centre d'hébergement de Versailles
25.7.63	Vient à l'examen médical accompagnée par le centre d'hébergement, n'avait pu venir seule, très confuse avec troubles kinésiques. Polynévrite des M.I. avec diminution de la force musculaire des extenseurs gros orteils, fourmillements, crampes des mollets, abolition des réflexes, troubles de la marche. Troubles psychiques: amnésie de fixation.
9.63 C.T.O.	Pronostic défavorable - chronicité INAPTE - Archives.

F... Marcelle
44 ans
Mariée (mari retraité)
3 enfants
2 pièces + cuisine.

INVALIDITE Groupe 2 pour névrose dépressive
éthylisme désintoxiqué.

Etudes: 2ème bac Philo
Etudes d'Assistante Sociale infirmière non menées à terme
Aide soignante.

1931	Ictère infectieux alcoolisme par épisode depuis l'âge de 20 ans.
1954	Hysterectomie totale pour fibrome + appendicite état dépressif + éthylisme tentative de suicide désintoxication
1956	Nouvelle désintoxication
1958	Nouvelle tentative de suicide Nouvelle désintoxication Désire entrer à l'A.P. comme infirmière Subit dans ce but une intervention pour éventration sur la cicatrice d'hysterectomie. EST REFUSEE A L'A.P.
23.3.60	Examen médical: paraît stabilisée affiliée à la Croix d'Or, bon contact, Tofranil
30.3.60	Rechute d'éthylisme coma éthylique, hospitalisation à Beaujon pendant 3 semaines.
16.1.62 C.T.O.	R.E. employée de bureau
2.62 à 5.62	Travaille comme employée de bureau - LICENCIEE
5.62 à 2.63	Se place comme auxiliaire à la SNCF
9.63	Ennuis familiaux - rechute d'éthylisme avec tentative de suicide (avale 1 tube de librium)
3.1.64	Travaille: employée de bureau 15 jours plus tard malade Reprise puis limogée.
15.6.64	Reprise du travail comme auxiliaire S.N.C.F. SE MANIFESTERA SI NECESSAIRE.

Chapitre III

POSSIBILITES POUR LES SUJETS ENCORE A TRAITER

I - CURES DE DESINTOXICATION

Quelles possibilités s'offrent au Service de Reclassement en présence d'un alcoolique à traiter ou insuffisamment consolidé ?

L'équipement sanitaire de la Région Parisienne en ce qui concerne l'alcoolisme comporte:

- Les consultations de désintoxication qui dans le cadre de la prophylaxie mentale de l'O.P.H.S. (Office Public d'Hygiène Sociale), sont chargées par la loi du 20 Mai 1955 du traitement ambulatoire et de la post-cure des malades alcooliques. Il existe également des consultations privées ou semi-publiques.

- Les hôpitaux psychiâtriques secteurisés de la Seine qui reçoivent, sous le régime de la loi du 30 juin 1838 un nombre important de malades alcooliques.

- Le service spécial des Buveurs de la Seine de Ville Evrard qui permet aux services secteurisés, comme l'a dit le Docteur DUBLINEAU, "de se décharger des malades récidivistes, risquant soit de rechuter rapidement si on les remet trop tôt au dehors, soit de contrarier la rotation d'un service d'aigus si leur maintien est nécessaire pour une durée prolongée".

Ce service spécial reçoit de plus d'anciens malades du Service qui viennent en placement volontaire direct.

- L'équipement hospitalier qui comprend encore notamment: le Service du Professeur LEREBOULLET à l'hôpital de BICETRE où sont adressés la plupart des malades pour lesquels l'examen médical et surtout l'examen proprement psychiâtrique pratiqués au Centre de Reclassement ont mis en évidence l'intérêt de la cure.

- Le service libre de l'hôpital Henri Rousselle (Docteur RONDEPIERRE) ainsi que de rares services de Médecine Générale de l'Assistance Publique qui acceptent, sans être spécialisés, un petit nombre de ces malades.

- Les Etablissements Privés

A leur sortie de ces différents services, les malades alcooliques sont pris ou repris en charge dans la mesure du possible par les dispensaires de l'O.P.H.S.

INTERET D'UN TRAITEMENT MEDICAL PRECOCE

Soulignons l'importance du traitement médical et d'un traitement médical bien conduit pour la réussite de ce que nous considérons comme son couronnement, le test de la véritable guérison: la réinsertion professionnelle.

Combien de sujets ont dû d'emblée être classés par le Centre comme inaptes parce qu'on ne leur a pas proposé assez tôt ou parce qu'ils ont refusé une cure de désintoxication qui aurait probablement permis leur récupération.

Si certains, après un traitement correct à l'hôpital, sont suivis régulièrement à la consultation ou en ville, combien d'autres, insuffisamment encadrés n'observent le traitement qu'irrégulièrement et rechutent presque fatalement.

Encore difficilement réalisable, sauf dans certains milieux dont nous donnerons l'exemple plus loin, le traitement précoce d'un éthylisme chronique pris avant la période extrême de détérioration, par une psychothérapie appliquée associée ou non à des cures libres sous dissulfuram, serait certes préférable, mais dans les cas d'éthylisme important et ancien qui constituent la clientèle du Centre André LEVEILLE, l'hospitalisation est indispensable.

Son acceptation est déjà un signe de bonne volonté du malade à se faire soigner.

II - NECESSITE D'UNE POST-CURE DANS CERTAINS CAS

Lorsque le malade sort de l'hôpital après une cure de désintoxication, est-il comme on l'a dit, capable de se remettre immédiatement au travail ?

Peut-être est-ce possible pour des sujets ayant réussi jusqu'alors à se maintenir sur le plan professionnel. Un arrêt de travail de trois semaines ou même de 18 jours sera alors passé dans le service du Professeur LEREBOULLET et le malade reprendra son activité immédiatement. Dans certains cas, il est même possible que l'employeur ne s'aperçoive de rien. La post-cure sera uniquement ambulatoire.

Malheureusement il semble bien que, pour les sujets qui nous occupent, cette solution soit insuffisante comme le montrent les médiocres résultats obtenus lorsque la cure n'est pas suivie d'une post-cure.

Dans un article de vulgarisation de "La Vie du Rail" (10 mai 1964), Gérard PIOT décrit de façon imagée la situation de l'éthylique à la sortie de la cure de désintoxication.

> "Théoriquement, c'est parfait: le sujet est indubitablement "guéri. Le seul inconvénient,mais il est grave, est que le malade "se trouve dans la même situation qu'un homme ne sachant pas nager "que l'on repêche, que l'on ranime énergiquement et que l'on s'em- "presse de rejeter à l'eau dès qu'il commence à respirer."

Voilà sans doute la raison d'être des Etablissements de post-cure:

> "A cet homme qui se noyait, apprendre à nager avant de le ren- "voyer dans l'élément dangereux qu'est pour lui la vie en société, "lui faire subir une post-cure en somme afin de le mettre en état "de plus grande résistance."

En ce qui concerne les sujets étudiés, les prospecteurs-placiers ont souvent estimé impossible la remise au travail immédiate de ces convalescents parfois encore choqués par un traitement assez brutal et bien souvent abandonnés à eux-mêmes en ce qui concerne tous les problèmes matériels que la cure n'a évidemment pas résolus.

Les problèmes ardus que soulevait la remise au travail de nombreux éthyliques encore instables au sortir de la cure ont conduit le Centre André LEVEILLE à rechercher à partir de 1960 les Etablissements susceptibles de faciliter cette tâche si délicate de réadaptation.

A - LE CURATORIUM DE THUN

C'est ainsi que les animateurs du centre prirent contact avec le curatorium de Thun, situé 2, rue du Maréchal Joffre à MEULAN (S. et O.), géré par l'Association "Santé de la Famille" des Chemins de Fer Français (sur laquelle nous reviendrons plus loin).

D'abord considéré comme une simple maison de repos, le curatorium bénéficia alors d'un agrément plus favorable de "Centre Médico-psychologique".

Ces nouvelles dispositions reconnaissaient officiellement l'action réelle du Centre: faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des éthyliques en dispensant sous la surveillance de moniteurs, un réentraînement à des activités professionnelles sous la forme de travaux de bâtiment, de jardinage, etc... qui, conjugués avec une hygiène appropriée et une psychothérapie de groupe sont éminemment favorables dans un certain nombre de cas pour atteindre le but poursuivi.

En fait, comme en conviennent eux-mêmes certains des Médecins qui en assument la responsabilité, "l'intérêt, les indications, les contre-indications et les modalités d'une convalescence en milieu spécialisé du type "curatorium de Thun" restent encore très discutés". La notion d'assistance extra-hospitalière est d'ailleurs assez récente en France. Le Curatorium de Thun, pour sa part, a d'ailleurs été créé en 1954 sur le modèle d'Etablissements Etrangers.

Le Château, situé dans une propriété boisée de 7 hectares, face à la Seine, peut recevoir 60 hommes en internat. Evoquant davantage une agréable villégiature qu'une maison de santé, il reçoit les éthyliques ayant subi au préalable une cure de désintoxication médicamenteuse en milieu hospitalier. Sont exclus bien entendu les malades présentant des désordres mentaux caractérisés ou un état pathologique nécessitant:

- un régime alimentaire spécial
- d'importantes médications
- le repos au lit à la chambre
- l'exemption de tout travail.

Le malade doit venir de son plein gré avec le désir de guérir.

Le séjour est fixé à trois mois, temps qui paraît nécessaire aux Médecins du Centre pour:

"1) - Réparer en profondeur la détérioration psychique et organique.

2) - Obtenir une prise de conscience réelle avec des vertus dynamiques.

3) - Déconditionner de façon solide les sujets à l'usage de toute boisson alcoolisée.

4) - Réparer, quand ils existent, les troubles profonds du climat familial."

Les Docteurs GIBON et ABDOUCHELI insistent d'ailleurs particulièrement sur ce dernier point qui va à l'encontre de ce qui s'écrit habituellement: "Notre expérience est sur ce point formelle, la séparation de trois mois a consolidé un nombre remarquable de ménages en voie de dissociation, voire déjà dissous. Les modifications en sens opposé ne constituent que l'infime exception et toujours dans des cas qui étaient d'emblée désespérés."

Après un séjour de 6 semaines, des permissions dominicales peuvent être accordées. Elles constituent une sorte d'épreuve permettant, bien sûr, de voir quelle sera l'attitude de l'ancien buveur face à la tentation, mais surtout, d'apprécier la qualité du contact avec sa famille.

Ce n'est pas sans malaise et sans appréhension que cet homme va observer l'attitude de sa femme à son égard. Celle-ci, de son côté, est tout aussi inquiète face à cet homme nouveau, car il y a souvent, en effet de véritables modifications dans le comportement de son mari. Elle a pu s'en rendre compte déjà par les lettres qu'il lui a écrites au cours de son séjour qui devenaient peu à peu plus assurées, ne serait-ce qu'au point de vue de la calligraphie pure, et souvent plus attentionnées et plus délicates, quant aux idées exprimées.

L'accueil des enfants est également très important pour ce père qui souvent avait perdu toute autorité réelle ou même avait abandonné purement et simplement son rôle à la mère.

Comment s'exerce l'action thérapeutique de cette post-cure ?

- Au point de vue médical, les pensionnaires sauf contre-indication prennent régulièrement de l'espéral mais ne subissent aucune épreuve du vin.

- Le régime alimentaire est tout à fait normal, ne comprenant naturellement aucune boisson alcoolisée. L'introduction d'alcool dans l'Etablissement sous quelque forme que ce soit (eau de cologne, bonbon à la menthe) est d'ailleurs strictement interdite.

- On essaie dans un cadre agréable et calme de faire prendre à ces hommes l'habitude d'une vie régulière.

- Une salle de télévision, une salle de jeux avec ping-pong, billard et autres distractions permettent dans une certaine mesure d'occuper les loisirs.

- 6 heures de travail par jour sauf dimanche et jours fériés leurs sont demandées et facilement acceptées dès qu'ils commencent à retrouver une forme physique suffisante.

L'activité est choisie surtout selon les goûts de chacun. Dans les bâtiments annexes, des petits ateliers clairs et agréables ont été installés pour la menuiserie, la peinture, la forge, le travail du fer, la lingerie, la serrurerie.

Les pensionnaires sont encore employés à des travaux de cuisine, d'entretien, de jardinage, à l'amènagement de nouveaux bâtiments.

S'occupant de la serre et des fleurs, on trouve des employés de bureau qui trouvent là une occupation correspondant à leurs capacités physiques évidemment modestes par manque d'entraînement et considérée par eux comme un art d'agrément.

On ne saurait parler ici de rééducation professionnelle. Il s'agit seulement de permettre à ces sujets de constater leur amélioration physique et de réapprendre à travailler sans boire. Ce point est particulièrement à souligner au point de vue du Reclassement Professionnel qui nous occupe. Ce réentraînement s'effectue sous la conduite de moniteurs qui sont souvent d'anciens buveurs guéris et dont le rôle d'éducateurs joue non seulement sur le plan du travail mais aussi dans le sens d'une psychothérapie de groupe.

Sur ce plan, le rôle principal revient cependant au Directeur de l'Etablissement. Outre les soins individuels que peuvent exiger certains cas particuliers, tous les pensionnaires par petits groupes de 10 suivent des séances de psychothérapie collective échelonnées sur six semaines après une période de "macération"initiale de 4 semaines.

Cette psychothérapie de groupe apparaît de plus en plus comme l'une des pièces maitresses de l'outil thérapeutique que constitue le Curatorium de Thun, l'âtre étant la psychothérapie spontanée dite d'ambiance "qui, comme l'indique M. ROUCOU, obéit à la loi de la dynamique de groupe, à savoir, que le désir latent, diffus de vouloir guérir de chacun se trouve renforcé par le désir du groupe".

Indiquons dès à présent que le visiteur, et ce fut notre cas, emporte une impression très favorable du Curatorium, ayant pu entendre les pensionnaires "chanter en travaillant". Les résultats obtenus sont d'ailleurs très encourageants mais les meilleures conditions de réussite sont ici réunies. On pourrait même dire que l'Etablissement choisit ses pensionnaires qui, pour la plupart:

- sont mariés, c'est-à-dire retrouveront à leur sortie une vie familiale où les angles auront été au maximum arrondis par le Service Social,

- sont pour le Curatorium des sujets "neufs". Les responsables évitent au maximum de reprendre les anciens qui auraient rechuté, préférant les orienter vers un autre centre. L'expérience a montré en effet que ces sujets arrivent au Centre soit avec un complexe de culpabilité trop poussé nuisible à l'efficacité d'une psychothérapie revalorisante, soit à l'inverse, comme en pays conquis sachant à l'avance tout ce qu'on pourra faire ou dire et ne tirant souvent aucun bénéfice de ce nouveau séjour.

Tout est mis en oeuvre dès l'entrée pour préparer la "sortie" du pensionnaire, sur tous les plans: famille, logement, travail.

Avec l'aide de certains ateliers, il est progressivement amené à se préoccuper du confort de son foyer, fabriquant même de ses mains des objets agréables ou utiles qu'il rapportera chez lui comme un "cadeau".

Très précocement, on essaie de lui faire prendre conscience de la nécessité de s'extraire d'une certaine apathie pour se préoccuper activement de son avenir professionnel.

Aussi les résultats obtenus immédiatement à la suite d'un séjour au Curatorium de Thun sont-ils généralement très favorables mais le malade, à sa sortie, à sa reprise de travail est soumis à d'autres ambiances d'un sens absolument opposé. Malgré tous les efforts déployés durant la post-cure, la partie n'est pas toujours gagnée, en particulier pour les ressortissants du régime général de la Sécurité Sociale qui ne trouveront pas, lors de leur reprise de travail, comme les cheminots, l'aide morale que le buveur guéri rencontre maintenant de la part de ses chefs et la surveillance discrète mais tenace du Service Social et Médical de la S.N.C.F.

Le Docteur BINOCHE a écrit:

"Si les rechutes immédiates sont rares encore que nous en ayons observé plusieurs, la reprise du travail représente pour certains une véritable lutte dont malheureusement, ils ne sortent pas tous victorieux. Si pendant quelques mois ils résistent, nous les voyons souvent faiblir et parfois rechuter gravement au bout de quelques mois."

C'est que souvent la notion de la nécessité absolue d'un sevrage total et définitif n'a pas été assez assimilée - quand elle n'est pas mise en doute par des praticiens insuffisamment avertis, mais ces rechutes sont dûes surtout à l'insuffisance de l'encadrement à la sortie.

Une cure de consolidation d'une quinzaine de jours a été proposée.

Elle pourrait survenir 6 mois ou 1 an après le séjour au Curatorium et se renouveller par la suite au besoin. Elle permettrait aux anciens de se retremper dans une ambiance favorable.

"Ils comprendraient que la guérison n'est complète qu'avec "un recul suffisant, qu'ils ne sont pas seuls à avoir à lutter "une fois la désintoxication obtenue."

"Si cette cure de consolidation était prévue et annoncée "à la sortie du Curatorium, le malade y pensant par avance met- "trait son point d'honneur à y parvenir en bon état de santé "sans avoir rechuté."

Nous venons de parler de la lutte déjà très difficile que doit mener le travailleur après la post-cure lorsqu'il peut immédiatement retrouver du travail mais on conçoit combien la victoire est plus incertaine encore lorsque le malade ne retrouve pas d'emploi. C'est pourquoi le Centre André LEVEILLE est particulièrement attentif aux cas des malades sortant de post-cure, qu'il ne faut absolument pas laisser désoeuvrés. En matière d'alcoolisme plus qu'en aucune autre, l'inactivité peut être la source de toutes les tentations et tous les abandons.

B - LE FOYER DE CHELLES

La Sécurité Sociale a contribué ensuite, à la fin de l'année 1961, à la mise en place du "Foyer de Chelles", création du Comité National de Défense contre l'alcoolisme, conçu et dirigé par M. CROZIER.

Ce foyer de 23 lits ne peut en rien être assimilé aux autres Etablissements de post-cures. Il s'en différencie:

- par son recrutement
- par sa conception
- par son fonctionnement.

Pour ces trois éléments, nous sommes amenés à nous référer à la très intéressante expérience réalisée par M. Le Docteur DUBLINEAU, en marge de son service d'alcooliques chroniques récidivistes du département de la Seine.

o o

Dans la Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale (n° 1 - 1962 pages 21 à 27), le Docteur DUBLINEAU, le Docteur HONORE et Melle le Docteur GUINARD ont exposé le déroulement de cette expérience.

"Nous avons tenté d'intégrer le reemploi dans la réadaptation au lieu d'attendre (ou de postuler) que le sujet soit "réadapté" pour assurer son réemploi."

On voit aussitôt qu'il ne s'agit donc nullement ici, comme c'est le cas à Thun par exemple, d'admettre le malade dans une maison d'où il ne sortira que 3 mois plus tard.

Mais il faut ajouter que les auteurs ne considèrent pas pour autant qu'il faille rejeter les malades dans la vie courante dès la fin de la cure:

"La réadaptation ne peut en effet être complète quand le malade quitte l'Etablissement."

Si l'on veut la parfaire, on est conduit à accroître la durée de l'hospitalisation dans des conditions irritantes, coûteuses et désocialisantes.

Le Docteur DUBLINEAU a réussi à pallier ces difficultés en créant le "Foyer Intérieur" du Service Spécial de Ville-Evrard:

> "Nous avons obtenu au début de 1959 de pouvoir conserver à titre d'hébergés simples, à l'intérieur du service, des malades administrativement sortis ayant au dehors un emploi et un salaire normaux... Pour la plupart de ces malades un emploi a été procuré au dehors soit que le service ait trouvé cet emploi, soit que l'emploi ait été proposé par les entreprises de la région."
>
> "Progressivement en effet, la tendance s'est confirmée d'une inversion de courant en matière d'offres et de demandes d'emplois. De plus en plus, des emplois sont offerts du dehors..."
>
> "Nous avons renoncé à l'organisation de locaux spéciaux nous contentant de réserver l'un des dortoirs du quartier aux malades hébergés. Nous veillons même à ce que les hébergés restent en contact avec les malades en cours de séjour, pour assurer l'osmose entre l'extérieur et l'intérieur et faire que la seule présence des "travailleurs libres" constitue une manière de psychothérapie de groupe, "par la base et par l'exemple".

o o

o

Le foyer extérieur de Chelles que nous avons eu le plaisir de visiter peut être considéré comme le prolongement du foyer intérieur de Ville-Evrard, à la fois dans la conception et dans le fonctionnement.

- Le recrutement est fait en grande partie parmi les anciens malades du Service Spécial, autant que possible de ceux qui sont passés d'abord au "foyer intérieur" de Ville Evrard; l'expérience a montré en effet que ces derniers sont les malades les plus stables.

- Les malades restent sous la surveillance médicale du Docteur DUBLINEAU et de ses collaborateurs.

> "Quand un pensionnaire rechute, (et nous avons délibérément admis l'éventualité des rechutes dans le cadre d'une compréhension évolutive et dynamique de la réadaptation)il est proposé au sujet de signer une demande de placement dans le Service Spécial des buveurs de la Seine de Ville Evrard. Le plus souvent, l'intéressé accepte. On le traite durant un temps assez bref, en maintenant si possible le contact avec l'employeur, lequel lui garde sa place, et là, à notre sens, est le fait important. Il a pu arriver que l'employeur lui-même ait conseillé au travailleur de se faire traiter à nouveau, tout en lui promettant de le reprendre ensuite."

> "Inversement, il est arrivé que l'on se soit efforcé de "dépanner" l'employeur en lui procurant un sujet de remplacement pris parmi les "possibles" dont la liste est tenue à jour par le service. Nous apportons un soin particulier en effet à ce que toute place obtenue dans une entreprise soit, si possible, maintenue pour l'avenir."

M. CROZIER, Directeur du Centre, s'attache tout particulièrement d'une part, à élargir, dans la mesure du possible, le nombre des entreprises offrant des emplois à ses pensionnaires, d'autre part, à conserver toute place offerte en remplaçant immédiatement un sujet défaillant.

Un atelier thérapeutique avec réentraînement à l'effort reste pour le moment en projet. L'ébauche actuellement en service est très insuffisante en ce qui concerne l'amènagement et ne permet pas des travaux rentables.

Cette rentabilité permettrait de donner aux travailleurs un véritable salaire de l'ordre de 10 F. par jour comme cela a pu être réalisé dans les ateliers d'ergothérapie de Ville Evrard.

La réalisation d'un tel atelier aurait plusieurs avantages:

1) Permettre aux pensionnaires de Ville Evrard de travailler hors de l'hôpital psychiâtrique et de prendre contact avec le foyer extérieur.

Inversement, ces pensionnaires pourraient être jugés dans un véritable milieu de travail et ainsi pourraient être sélectionnés les éléments susceptibles de tirer le meilleur bénéfice d'un séjour à Chelles.

2) Réaliser pour les arrivants un véritable réentraînement à l'effort en leur donnant un travail valable et rentable en attendant un emploi à l'extérieur.

3) Ne pas exposer aux méfaits de l'oisiveté et de la déception les travailleurs qui, pour une raison ou pour une autre, ont été licenciés par un employeur et attendent un nouvel emploi.

Ainsi, se trouveraient aplanis quelques-uns des écueils qui subsistent pour réaliser la tâche difficile que s'est assignée l'Etablissement. Son Directeur, M. CROZIER, a résumé dans cette formule:

"Réemployer pour réadapter".

o o

o

Nous touchons ici au coeur de notre problème. Il ne s'agit pas d'engager la Sécurité Sociale vers de quelconques ateliers nationaux déficitaires à l'usage des handicapés. Il s'agit de trouver des formules constructives permettant de réinsérer les handicapés le plus rapidement possible dans le cadre professionnel normal, grâce à une post-cure de réadaptation indispensable pour certains sujets.

RESULTATS COMMUNIQUES PAR LE FOYER DE CHELLES

A la date du 11 décembre 1964, après 38 mois de fonctionnement, nous avons accueilli dans notre Foyer 247 malades.

Pour apprécier les résultats obtenus, il convient de déduire de ce chiffre:

1°) les malades ayant effectué 2 séjours = 17)
2°) les malades présents = 23) 40

Sur ces 207 malades, il nous semble logique de ne pas tenir compte de ceux qui ne sont restés que quelques jours au Foyer, en tout cas moins d'un mois, et qui comprennent:

de Ville-Evrard = 31)
de l'extérieur = 10) 41

Nos appréciations porteront donc sur 247 - (40 + 41) = 166 malades, ventilés comme suit:

	Stabilisés	%	Améliorés	%	Echecs	%
ille Evrard = 87	22	25,29	31	35,63	34	39,08
utres services: 79	29	36,71	16	20,25	34	43,04
OTAUX: 166	51	30,72	47	28,31	68	40,97

Si nous ne déduisons pas les 41 malades ayant séjourné moins d'un mois dans notre Foyer, et représentant 41 échecs, notre "statistique" se présente comme suit:

	Stabilisés	%	Améliorés	%	Echecs	%
ille Evrard = 118	22	18,65	31	26,27	65	55,08
utres Services = 89	29	32,58	16	17,98	44	49,44
OTAUX: (1) 207	51	24,64	47	22,71	109	52,65

(1) 31 malades sortant de Ville-Evrard ont séjourné moins d'un mois.
10 malades venant de l'extérieur ont séjourné moins d'un mois.

Chapitre IV

DIFFICULTES DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL PROPREMENT DIT

Une fois sélectionnés les sujets aptes médicalement à une activité professionnelle, le problème de reclassement ne se pose qu'exceptionnellement pour les sujets véritablement qualifiés (Obs. 22).

En règle générale, les malades ont déjà eu des activités diverses, choisies au gré des hasards du Marché du Travail. De plus, ces sujets sont signalés au Centre, pour la plupart, "après de longues périodes d'inactivité ou d'hospitalisation entrecoupées, pour certains, d'échecs de reprise du travail ou de recherche d'emploi. Echecs qui ont retenti sur l'état psychologique et ont pu déclencher chez ces sujets prédisposés des réactions psycho ou névropathiques". (Dr RODRIGUEZ et KOMAROVER).

Nos statistiques montrent que, professionnellement, plus de la moitié des sujets signalés au Centre en 1963 étaient déjà des "instables" la plupart ayant par ailleurs une situation matrimoniale anormale, ce qui n'arrange guère les choses.

Quels sont les écueils majeurs du Reclassement de ces sujets ?

Certaines remarques de Mme PINGOUD, dans sa thèse sur le Reclassement des traumatisés crâniens (Paris 10.12.59) valent aussi pour notre étude:

> "Si les cas étudiés ne sont pas tous des cas graves, tous les cas graves, mis à part les cas irreclassables d'emblée, aboutissent en fin de compte au Centre de Reclassement Professionnel, ce qui ne facilite pas sa tâche."

Les alcooliques "légers", les cas particulièrement heureux de sevrage réussi, ont généralement pu retrouver, par leurs propres moyens, une place active dans la société. Ne viennent donc jusqu'au Centre que les cas difficiles et douteux.

Le sujet étant donc ce qu'il est, quelles sont les possibilités du Centre ?

Tous les cas difficiles ou douteux, à cheval entre l'invalidité et la reprise possible du travail, échouent au Centre de Reclassement.

Nous avons d'ailleurs un certain nombre de sujets dont le véritable but est en fait l'obtention de l'invalidité. Ce sont même parfois des sujets jeunes et que le Service Médical a jugé aptes à un travail.

Ceux-là refuseront sous des prétextes futiles tous les emplois proposés, s'efforçant même dès le premier abord de décourager les employeurs éventuels.

La plupart des alcooliques envoyés au Reclassement n'ont pas suivi de traitement médical ou l'on mal suivi.

Disons dès à présent que les décisions doivent évidemment tenir compte de la situation du Marché du Travail au moment considéré pour une reprise directe ou différée. De telles informations peuvent seules donner aux propositions de la Commission Technique d'Orientation le support concret qui est indispensable à leur efficacité.

Deux voies sont offertes:

Le réemploi immédiat du sujet ou sa rééducation professionnelle dans un centre spécialisé.

Voyons les indications et les contre-indications de ces deux solutions:

I - LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

C'est l'apprentissage d'un nouveau métier.

Elle est accordée par la Sécurité Sociale, compte tenu d'un bilan médical et psychotechnique, après avis formulé par la C.T.O. et sous réserve du droit administratif aux prestations.

Elle s'effectue dans un des Centres agréés ou dans les entreprises.

La Sécurité Sociale supporte intégralement les frais de stages dans les Centres. Elle maintient les indemnités journalières, rentes ou pensions et attribue des prestations complémentaires jusqu'à concurrence du salaire de la catégorie professionnelle du métier enseigné.

En cas de formation dans une entreprise, un contrat est signé, il fixe notamment la part de salaire versée par la Sécurité Sociale sous forme de prestations (Obs. contrat avec R.N.U.R.).

Les difficultés que présente l'apprentissage d'un nouveau métier limitent pratiquement, dans le cas des alcooliques, à 40 - 45ans l'âge de rééducation possible pour les sujets de faible niveau scolaire, compte tenu de ce qu'ils présentent souvent un certain degré de détérioration psychique.

Des études ont pu montrer que d'une manière générale le vieillissement des aptitudes est un fait réel. (Recherches effectuées sur 4.000 personnes par Mme PACAUD, Directeur Scientifique au CNRS dans le Service de psychologie appliquée à la SNCF). Un intervalle d'âge de 5 ans peut suffire à mettre ce vieillissement en évidence.

On peut retenir essentiellement par ailleurs que les sujets peu doués dans leur jeunesse déclinent vite alors que les sujets les plus doués ne sont pratiquement pas touchés par le vieillissement. Un niveau d'instruction plus élevé confère une résistance accrue à l'action destructive des années.

Tel n'est malheureusement pas le cas des éthyliques que se propose de reclasser le Centre André LEVEILLE, chez lesquels la dégradation des aptitudes, bien souvent très apparente, est mise en évidence par les examens psychotechniques.

Les centres de rééducation ont par ailleurs une certaine appréhension à accepter les "anciens" alcooliques qui, par leur instabilité, viennent très souvent perturber le travail de leurs ateliers, sans même parler de leurs résultats statistiques.

Enfin et surtout, nous nous trouvons ici en face de sujets dont les difficultés à trouver un emploi sont telles que lorsque des chances de travail s'offrent à eux, il est sans doute préférable de renoncer d'emblée à un idéal de surqualification pour résoudre plus sûrement le problème essentiel qui est celui de l'emploi. En la matière, le mieux serait l'ennemi du bien. C'est pourquoi un si petit nombre de propositions de rééducation ont été faites par la Commission Technique d'Orientation en ce qui concerne les sujets éthyliques.

II - LE REEMPLOI

C'est la solution le plus souvent proposée. Il s'agit de la reprise d'une activité professionnelle correspondant à l'état de santé et aux connaissances professionnelles actuelles de l'intéressé.

Rarement, faute de postes, la reprise d'activité peut se faire à temps partiel afin de permettre une réadaptation du sujet. Dans un tel cas il est parfois possible de maintenir des prestations en espèces.

Certes la reprise de l'ancien métier, directement ou après réadaptation, est toujours la meilleure solution quand elle est possible. Dans les 100 cas étudiés, la reprise de l'ancien métier n'a pu être réalisée que dans un seul cas.

C'est aux prospecteurs placiers qu'incombe la tâche difficile de trouver un emploi de remplacement à ces sujets.

Ils se heurtent parfois au refus des employeurs chez lesquels, nous l'avons vu, existe un préjugé tenace très défavorable concernant la possibilité d'employer les alcooliques. Les employeurs ne font pas métier de philanthropie et il faut bien reconnaître - des études sérieuses l'ont prouvé - que l'alcoolisme est responsable d'une grosse partie des accidents du travail, de l'absentéisme et du mauvais rendement. En vue d'éviter les mauvais exemples, les employeurs ont donc le souci de ne pas "introduire de loups dans la bergerie". Citons à ce propos J. DUBLINEAU et B. HONORE (Alcool ou Santé 1962 n° 6 p. 50).

> "L'entreprise est assujettie par la loi à une certaine conduite à l'égard des buveurs. Pour des raisons de toutes sortes, l'ivresse ne peut être tolérée sur le lieu de travail. Dès que l'entreprise reçoit un buveur chronique, même désintoxiqué et en apparence d'adaptation satisfaisante, elle fait oeuvre sociale, mais elle risque par là même de se créer des difficultés. Ce point ne peut être méconnu. Il semble qu'il devrait être revu en tenant compte de ce qu'implique le réemploi d'un alcoolique récidiviste. Recevant un buveur chronique, s'intégrant au jeu social du réemploi, l'entreprise doit en contre-partie bénéficier de dispositions qui, pour le moins, la prémunissent contre les risques impliqués dans cette embauche."

Dans la plupart des cas, l'employeur licencie l'alcoolique qui a fait des éclats sur le lieu de travail ou s'est présenté en état d'ébriété.

Ces renvois constituent une des causes principales de l'instabilité professionnelle des buveurs, mais l'alcoolique est un instable qui parfois change d'emploi "motu proprio". Il peut également, même lorsqu'il n'apporte pas de perturbations sur les lieux du travail, lasser l'employeur à la suite d'hospitalisations fréquentes et prolongées. Ceci explique que, même lorsque le placement a pu être réalisé, il est souvent de courte durée.

Une autre difficulté de ce Reclassement a été exposée par P. MAURANGES:

> "Il est relativement facile de reclasser dans une entreprise un handicapé physique rééduqué dont les capacités intellectuelles sont intactes. Avec de la bonne volonté de part et d'autre, un poste de travail peut généralement être trouvé qui soit en rapport avec les aptitudes de l'intéressé. Le problème est plus ardu lorsqu'il s'agit d'effectuer le placement direct d'alcooliques ne possédant aucune qualification professionnelle et dont le niveau intellectuel est relativement faible, en particulier des sujets que la Commission, faute de pouvoir mieux faire, oriente vers l'emploi de "manoeuvre léger".
>
> "L'évolution de la technique, le souci d'augmenter sans cesse la production et la productivité, font que les emplois de cette catégorie sont de plus en plus rares. Les entreprises importantes qui, seules en possèdent encore, réservent généralement les postes de ce genre à leurs propres ouvriers âgés ou fatigués et les Services Départementaux de la Main d'Oeuvre sont rarement saisis d'offres d'emploi de cette catégorie, comme de celles de gardiens ou de magasiniers."

On conçoit donc que l'équipe de Reclassement Professionnel ait une tâche extrêmement ardue pour reclasser les éthyliques dès que possible "dans leur ancienne profession, dans leur ancien emploi ou dans une branche d'emploi analogue, en tenant compte de leurs goûts, de leurs aptitudes médicales, de l'état physiologique, en cherchant à éviter les frustrations ou complications psychologiques résultantes d'une situation où le sujet serait obligé d'accepter un emploi très inférieur à celui auquel il était habitué." (Docteur PINGOUD)

Chapitre V

RESULTATS EN 1965

Le tableau n° XVIII indique la situation au premier trimestre 1965 en fonction des propositions formulées par la C.T.O. dans le second semestre 1963.

Le nombre des sujets actifs:

- travaillant effectivement (21)
- formation professionnelle (1)
- recherche d'emploi (16)

est de 38 (38%) alors qu'une tentative de Reclassement avait été proposée par la C.T.O. dans 59 cas (59%).

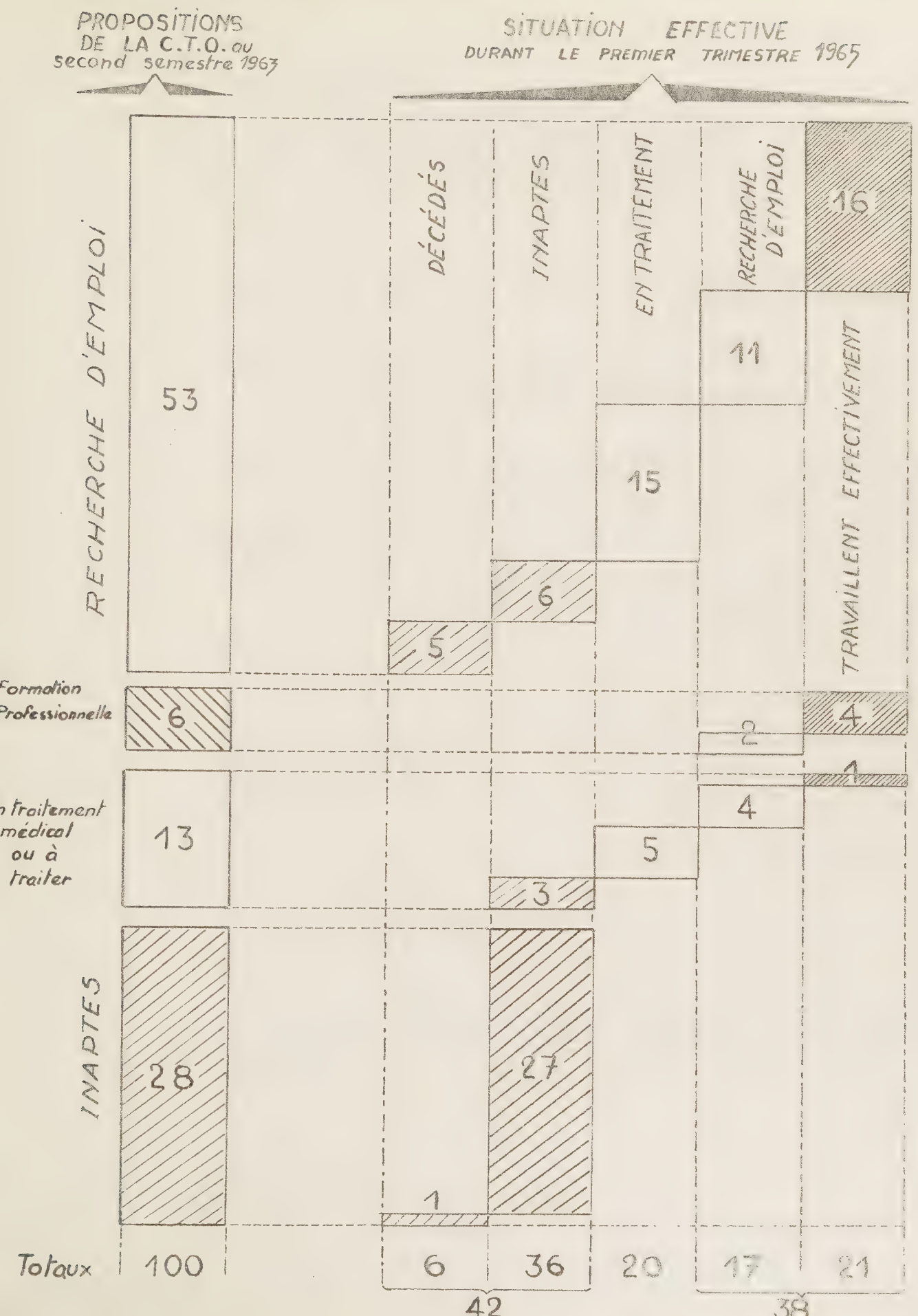
TABLEAU N° XVIII

Situation au moment de l'examen par la C.T.O. dans le second semestre 1963		Situation au premier trimestre 1965					
		Décédés	Inaptes	En traitement	R. E.	Formation professionnelle	Travaillent effectivement
Inaptes	28	1	27	-	-	-	-
En traitement ou à traiter	13	-	3	5	4	-	1
Formation professionnelle	6	-	-	-	1	1	4
Recherche d'emploi	53	5	6	15	11	-	16
TOTAUX	100	6	36	20	16	1	21

Pour 1 sujet classé "recherche d'emploi" et 1 sujet classé "en traitement", les renseignements que nous avons sont un peu antérieurs au 1er trimestre 1965 (néanmoins probables à cette date).

Graphique n° 18

RESULTATS POUR 100 SUJETS



Résumé des résultats quantitatifs

Sur les 262 cas d'alcooliques examinés par la Commission Technique d'Orientation durant l'année 1963, 250 concernaient les hommes. (Sur les 12 femmes examinées, 4 ont été déclarées inaptes par la Commission et quelques unes seulement ont pu recommencer à travailler).

Notre analyse a montré que, sur les 250 hommes:

- 63 ont été reconnus inaptes par la Commission ou se sont déclarés inaptes
- 27 étaient en traitement médical ou à traiter
- 12 ont été proposés pour une formation professionnelle, un réentraînement industriel ou une recherche d'emploi sous contrat avec la Sécurité Sociale
- 145 ont été proposés pour une recherche d'emploi, la plupart avec une perte très sensible de qualification professionnelle, notamment pour les cadres, les agents de maîtrise et ouvriers qualifiés,

en outre, un sujet a été repris par son employeur, un n'a pas répondu à la convocation, un n'a pas désiré l'intervention du centre.

Au total, le centre a donc fait en 1963, grosso modo, une tentative de reclassement professionnel pour les deux tiers des sujets qui lui ont été envoyés.

Il était intéressant d'étudier ce qui en est résulté un an après ces tentatives. Notre enquête complémentaire a porté sur les 100 derniers cas d'hommes et les 4 cas de femmes examinés par la Commission dans la dernière partie de l'année 1963. Nous avons vérifié que cet échantillon est très suffisamment représentatif de l'ensemble des cas étudiés.

La Commission, sur ces 100 hommes, avait décelé:

- 28 inaptes
- 13 en traitement ou à traiter
- 6 à proposer pour une formation professionnelle
- 53 à proposer pour une recherche d'emploi.

De la récente correspondance que nous avons échangée avec les intéressés et des renseignements obtenus auprès des centres de paiement, la situation résultante au premier trimestre 1965 s'établit comme suit:

- 36 sont inaptes
- 6 sont décédés
- 20 sont en traitement médical
- 17 recherchent un emploi
- 21 travaillent effectivement

Rappelons que la situation indiquée par le tableau n° XVIII et le graphique correspondant n'est qu'un instantané au premier trimestre 1965. En particulier nous notons que 21 hommes travaillent effectivement. Il nous faut faire remarquer que si l'on étudie les observations, on voit que 34 sujets ont en fait travaillé pendant un certain temps depuis leur passage au Centre André LEVEILLE mais un certain nombre d'entre eux ont dû abandonner ou sont au moment de l'enquête en rechute ou en maladie.

En résumé, le Centre a "placé" 34 sujets à des dates diverses depuis 1963 mais, au premier trimestre 1965, 21 travaillent effectivement.

Parmi ceux qui travaillent effectivement, nous avons bien entendu enregistré une perte de qualification. Alors que pour certains handicapés, comme par exemple les anciens tuberculeux, le reclassement professionnel peut parfois offrir une possibilité de promotion sociale, il ne pourrait donc en être question chez les alcooliques.

Ainsi donc, environ 20% des 262 alcooliques signalés en 1963 au Centre André LEVEILLE apparaîssent au début de l'année 1965 comme ayant effectivement été reclassés.

Pour limités qu'ils puissent paraître quant à leur nombre, les résultats doivent néanmoins être considérés comme très positifs.

Ils doivent être mis au crédit du dévouement qui anime l'équipe très compétente de Reclassement du Centre, sous la Direction Médicale du Docteur KOMAROVER. On ne peut tenir pour négligeable que sur les 262 alcooliques examinés durant l'année 1963, une cinquantaine d'entre eux aient pu être réinsérés dans l'activité économique car il s'agissait de cas désespérés pour lesquels ni les Médecins du Travail, ni les Services Sociaux des Entreprises, ni les Caisses Primaires n'avaient pu trouver une solution durable.

Il suffit de parcourir les fiches des intéressés pour que réapparaîssent souvent en leit-motiv les termes hospitalisation, licenciement, cures, divorces, etc...

TROISIEME PARTIE

Les dénombrements auxquels nous avons procédé au cours de la deuxième partie ne doivent pas, par leur aspect quantitatif, nous masquer la profondeur des drames humains qu'ils recouvrent.

Chaque sujet est un cas humain qui, par définition, entre mal dans des classifications et il ne nous était pas possible d'énumérer la totalité de nos observations. Pour chacun d'eux interviennent des réactions individuelles à la maladie, à l'inactivité et tout un contexte familial et social.

Nos statistiques n'ont pas eu la prétention de mettre en équation les facteurs psychologiques et sociaux qui leur échappent, mais notre analyse d'un nombre de ces cas suffisamment nombreux va maintenant nous permettre de souligner certains faits généraux et de donner, sinon une synthèse complète du problème, du moins une vue d'ensemble des facteurs favorables ou défavorables à sa solution.

Nous nous permettrons d'indiquer dans quelles perspectives cette solution devrait, à notre avis, être plus particulièrement recherchée.

Tel sera l'objet de cette troisième partie de notre étude.

Chapitre I

ERGOTHERAPIE CONTRE SINISTROSE ET "SYNDROME DE LA RENTE"

Le principal enseignement que nous avons pu recueillir de notre enquête, tant par l'étude des dossiers que par les entretiens que nous avons eus avec les spécialistes du Centre André LEVEILLE et avec tous ceux qui, à l'extérieur, se préoccupent de notre problème, c'est que le premier opposant à convaincre de la possibilité et de la nécessité de reclasser professionnellement le buveur guéri, c'est le malade lui-même.

Le buveur est en effet, de tous les handicapés physiques et psychiques, celui dont la volonté a flanché dès le départ. Le courant d'abandon et de laisser-aller qui est partie intégrante de sa personnalité est donc beaucoup plus difficile à remonter que pour n'importe quel handicapé.

Le Docteur KOMAROVER a signé dans le numéro d'octobre 1964 des "Informations Sociales", revue mensuelle publiée par l'UNCAF, un excellent article sur le problème général des handicapés qu'il a intitulé "les déshérités". Nous nous permettons d'en citer quelques passages caractéristiques qui ont été écrits dans la perspective du Reclassement Professionnel de n'importe quel handicapé, mais qui prennent un relief saisissant lorsqu'on les applique au cas très caractéristique des éthyliques. Voici ces extraits.

> "L'investigation destinée à apprécier le handicap ne peut se borner à l'étude des séquelles physiques mais doit, dans son bilan exhaustif, dépasser largement cet aspect et s'étendre à toute la personnalité de l'individu et son environnement. Etant bien entendu que si ce bilan des inaptitudes est essentiel, il ne saurait être qu'un élément négatif destiné à cerner mieux les capacités restantes, éléments positifs sur lesquels se fondera la réadaptation...
>
> L'aptitude et l'adaptation devraient être jugées dans leur dynamique, dans leur aspect évolutif et non seulement dans un instantané figé. Il nous paraît utile d'insister sur cet aspect évolutif de certains handicaps qui, longtemps tolérés, aboutissent par l'action du temps - si on les méprise par trop - à des inadaptations sociales lamentables et définitives.
>
> L'âge viendra donc révéler des facteurs d'inadaptation, il en aggravera d'autres, frappant bien entendu avec prédilection ceux dont le métier a base de "muscle" les a moins bien pourvus en face du vieillissement."

"Mais un autre facteur vient, de nos jours, multiplier les effets du vieillissement physio-pathologique de l'individu handicapé - voire normal - c'est l'évolution des métiers et des techniques qui n'a sans doute jamais été aussi rapide au cours de l'histoire qu'elle ne l'est sous nos yeux. "

"Si le groupe de travail est parfois intolérant, nous savons bien aussi, hélas, que la cellule familiale peut l'être tout autant et rejeter l'inapte... "

"Sans doute laisserons nous au psychiâtre - ou au moins au psychologue - le soin d'explorer l'immense domaine des relations entre le malade et son propre handicap... "

"Abandon ou sursaut, passivité ou association créatrice, mais qu'on se garde de juger, de rejeter. Efforçons-nous de comprendre et d'aider. Par là sans doute pourrons-nous redresser certaines attitudes d'abandon, d'angoisse, de refuge dans la maladie. De quoi est faite l'agressivité de certains malades ?

De quoi sont faits la sinistrose, le "syndrôme de la rente"?

Ne peut-on soutenir qu'ils ne sont que la traduction du désarroi profond du handicapé en face de l'adversité, du malade qui surestime la difficulté et n'a pas pris claire conscience du but réel et de toute la puissance des ressources endormies qui sont en lui. Refuge et agressivité qui repoussent sur autrui la responsabilité de la maladie et qui en demandent réparation au groupe social. Dépréciation de soi, besoin d'une surcompensation extérieure, ressort de lutte brusquement brisé. Ambitions désormais limitées à une "petite rente qui permettra d'élever des lapins à la campagne".

Ces malades auxquels nous serions souvent tentés de refuser notre aide ne sont-ils pas finalement ceux qui ont le plus grand besoin de nous et en faveur de qui justement notre action, pour aboutir, aura le chemin le plus long et le plus dur. Chemin long car il devra commencer dès le début de la maladie, dès l'entrée au sanatorium ou à l'Hôpital. Sans relâche il faudra intervenir, soutenir et encourager.

Faire participer à l'ergothérapie, apaiser les craintes sur l'avenir de sa propre personne, donner des perspectives positives en face du handicap inévitable - en prenant garde de ne pas situer le but à un niveau d'illusion - aplanir les difficultés de la famille pour que le malade puisse consacrer à sa réhabilitation

tout le temps et toutes les ressources intérieures dont il devra disposer, susciter des entretiens avec le psychotechnicien, régler les problèmes d'ordre administratif qui prennent parfois des dimensions démesurées dans l'esprit des malades éperdus devant les formalités dont ils ne comprennent pas la signification et dont la complexité les décourage et les aigrit volontiers en face des besoins aigus avec lesquels ils sont aux prises.

Action de tous les instants et de tout un groupe - action tenace, prolongée, toujours remise en cause, à reprendre ici au moindre incident, au moindre désappointement, mais rarement vaine et qui seule permettra d'emporter la conviction du malade, faute de laquelle toute réhabilitation uniquement venue de l'extérieur resterait illusoire".

Voilà donc très clairement exposée la difficulté essentielle du problème du Reclassement Professionnel des handicapés, difficulté capitale en ce qui concerne les éthyliques. Le Docteur KOMAROVER, Médecin-Chef du Centre André LEVEILLE se trouve être placé au coeur de notre problème et il sait mieux que quiconque ce qu'il y aurait lieu de faire .

Le but étant désigné, il reste à y adapter les moyens.

Qui doit mener et comment doit être menée cette "action de tous les instants et de tout un groupe" en ce qui concerne le cas particulièrement complexe des éthyliques.?

Chapitre II

QUEL MEDECIN DOIT SUIVRE L'ALCOOLIQUE MEDICALEMENT GUERI ?

Ce n'est pas sans peine, nous l'avons vu, que nous avons pu recueillir des renseignements, au début de l'année 1965, sur les 262 cas signalés en 1963 au centre André LEVEILLE, sous l'angle du Reclassement Professionnel. Cela prouve qu'il est déjà difficile de ne pas perdre de vue les éthyliques ayant subi une cure.

Le Professeur LEREBOULLET avait également signalé les difficultés rencontrées dans l'enquête effectuée auprès des Services Sociaux avec le Docteur BOURGEAT, pour savoir ce qu'étaient devenus les 400 hommes et les 70 femmes désintoxiqués en 1958 et 1959.

"Dans bien des cas, cette enquête a été décevante, car bien souvent le malade n'a pu être contacté, soit qu'il a changé d'adresse, soit que le Service Social ait manifesté une certaine réticence à aborder le sujet délicat chez un malade dont l'éthylisme n'était plus notoire.

Il a été de ce fait plus facile d'avoir des précisions sur les alcooliques connus pour leur récidive que pour les malades devenus abstinents, ou tout au moins améliorés ...

Ce pourcentage (en gros le tiers des malades, ont pu reprendre une vie sociale normale) pourrait être amélioré, si un Service Social plus étoffé permettait de convoquer plus souvent les malades et de les prendre en main dès la première rechute.

C'est à ce point de vue que nous pensons qu'à côté du médecin du Dispensaire ou de l'Hôpital il faudrait faire une place importante au Médecin de famille, beaucoup mieux placé pour retrouver le malade et s'informer discrètement de son état. Dans certains cas, d'ailleurs, le Médecin du Travail peut aussi jouer un rôle extrêmement important.

En définitive, la meilleure solution paraît une collaboration intime du médecin praticien avec le médecin de l'Hôpital ou du Dispensaire, la part revenant à chacun varie selon les cas" (Revue du praticien, 1.2.64 page 457 et 463).

Le Docteur GODART, connu pour ses études sur "la Prévention de l'Alcoolisme à l'Usine" (éditions de l'entreprise moderne Paris 1956) et le "Reclassement professionnel des Travailleurs âgés" (Strasbourg mai 1954) a mis l'accent sur le rôle essentiel que devrait jouer le Médecin du Travail dans le Reclassement Professionnel des alcooliques.

"La cure de désintoxication a mauvaise réputation. Outre qu'elle constitue une épreuve pénible pour le malade, les rechutes sont si fréquentes que beaucoup, aussi bien dans le corps médical que dans le public, en sont arrivés à douter de la valeur de la méthode.

En particulier au retour de la cure, le malade est trop souvent replongé sans précautions dans le milieu familial, social et professionnel qui justement l'a conduit à la toxicomanie. Il n'est pas étonnant qu'abandonné à lui-même la rechute soit quasi inévitable. Or, c'est ce qui se passe trop souvent aujourd'hui.

Ici, il faut parler franc. Autour d'un malade alcoolique, il y a en général quatre médecins au moins, le médecin traitant ou médecin de famille, le médecin du Dispensaire d'Hygiène Mentale, le Médecin du Travail et le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale.

Or, l'alcoolique est souvent ombrageux et fuyant.

Tout impair, toute contradiction relevés entre ces quatre médecins, l'ignorance dans laquelle l'un ou plusieurs d'entre eux sont laissés de ce qui se prépare ou se fait, sont autant de brèches dans cet édifice fragile que l'on essaie péniblement de construire pour obtenir que le malade (et son entourage) accepte la cure d'abord, et, au retour de celle-ci, reste abstinent. Il est regrettable que le particularisme médical et l'anarchie des structures ne nous permettent pas plus souvent de joindre nos efforts.

Je m'étonne en particulier que les psychiâtres considèrent comme négligeable, alors que leurs services sont débordés, le concours que pourraient leur apporter les services médicaux et sociaux du Travail.

Ceux-ci sont en effet assez équipés pour intervenir sur bien des points Reclassement Professionnel du sujet dans une fonction moins traumatisante physiquement, éducation de son entourage professionnel (il ne doit boire de l'alcool à aucun prix), psychothérapie élémentaire peut-être, mais répétée, contact par l'Assistante Sociale avec le milieu familial, etc...

Souhaitons que dans ce domaine si vaste, si difficile de la lutte contre l'alcoolisme, un front commun s'établisse basé sur la confiance réciproque et l'information de tous ceux qui, chacun à sa place, peuvent être de quelque utilité" (Revue du Praticien 1.2.1964 page 440).

Tout en laissant au Docteur GODART la responsabilité de certains de ses jugements sévères, chacun ne pourra que se rallier à sa conclusion.

Chapitre III

L'EXEMPLE DE LA S.N.C.F.

Le"front commun" souhaité par le Docteur GODART dans la lutte contre l'alcoolisme et en particulier sous l'angle du Reclassement Professionnel, semble avoir été réalisé à la S.N.C.F. sous l'impulsion de "pionniers" que sont à la région Nord les Docteurs LE GO, VALETTE, PERTUSIER et ROUX qui animent les Services Médicaux et un Centre d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.) qui peut être donné en exemple.

La coopération étroite entre les médecins, les infirmières, les assistantes sociales, les cadres de la S.N.C.F. et les agents eux-mêmes (sans oublier l'action de l'association "la Santé de la Famille"), explique en partie que les résultats obtenus en matière de désintoxication et de Reclassement Professionnel semblent meilleurs que partout ailleurs, et cela pour une population qui groupe environ 54.000 travailleurs sur cette région.

On conçoit l'importance attachée à la S.N.C.F. au problème de l'alcoolisme en raison du caractère très spécial de l'industrie ferroviaire:

> "Il ne fait pas de doute que l'alcoolisme est la maladie la plus importante existant chez les cheminots, par le nombre des sujets touchés, les risques qui en résultent pour la Sécurité, les dommages qu'il entraîne tant par la multiplication des accidents que par l'aggravation des maladies". (Docteur LE GO)

Le Reclassement Professionnel des cheminots alcooliques y pose donc un problème particulièrement aigu.

Lors de l'entretien qu'il a bien voulu nous réserver, Monsieur le Docteur VALETTE, Médecin Principal, a particulièrement insisté sur la conception, très intéressante sous l'angle du Reclassement Professionnel, de la lutte anti-alcoolique telle qu'elle est pratiquée par l'équipe médicale de la région Nord. Cette équipe s'est en effet particulièrement intéressée à l'éthylisme chronique ou éthylisme maladie dont elle a donné une définition ci-dessous:

> "L'ensemble des détériorations physiques ou psychiques qui peuvent être rattachées à un abus de boissons alcoolisées et qui s'améliorent ou disparaîssent avec la suppression du toxique."

C'est dire qu'il ne s'agit pas de l'alcoolisme d'origine névrotique mais exactement de l'alcoolisme qui nous occupe sous l'angle du Reclassement Professionnel.

I - LE ROLE D'UN CENTRE D'HYGIENE ALIMENTAIRE

Nous avons eu le privilège d'assister à une séance de consultations données par M. le Docteur PERTUSIER, qui dirige le Centre d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.) de la région du Nord de la S.N.C.F. Nous avons pu apprécier combien peuvent être efficaces les moyens médicaux employés lorsqu'ils sont conjugués avec des méthodes de persuasion adaptées pour chaque malade, dont l'un doit être encouragé, l'autre réprimandé, l'autre encore mis en garde.

Le médecin doit, pour le traitement de l'alcoolisme plus que pour toute autre maladie, être assisté d'une infirmière spécialisée et d'une assistante sociale et déployer les talents oratoires les plus divers à l'instar d'un avocat de cour d'assises.

Il s'agit souvent d'intimider le malade qui se présente souvent jovial et bon vivant, généralement inconscient de son état et peu disposé à avouer son éthylisme chronique. Il est des cas, comme dans le "Triomphe de la Médecine", où le médecin doit user d'une mise en scène avec examen clinique solennel, pour amener l'alcoolique à l'aveu d'un mal qui n'est malheureusement pas imaginaire.

Voici les moyens mis en oeuvre et les résultats obtenus au cours de l'année 1964, grâce à ce Centre d'Hygiène Alimentaire.

Dans la présente statistique sont considérés comme médicalement guéris, les agents abstinents depuis au minimum 3 ans. Sont considérés comme améliorés:

a) les agents qui, ayant initialement été déclarés inaptes aux fonctions de leur grade, ont pu être réintégrés dans leur fonction normale,

b) ceux qui, ayant eu un rendement plus faible avant les soins, ont repris un rendement normal.

Le nombre des agents surveillés par le C.H.A. s'élevait au 31.12.64 à 3175 sur un effectif total de 53.698 agents, soit un pourcentage moyen de 5,91%. Ce pourcentage varie selon les services:

- 6,01 % (7,37 Région Parisienne) au service de l'exploitation c'est-à-dire le service des gares où il y a souvent des services ternaires (matinée, soirée, nuit) dans les postes d'aiguillages et de manoeuvres dans les triages.

- 4,58% (5,98 Région Parisienne) au Service de la traction qui compte en majorité des services de jour, la proportion des "roulants" étant seulement de 20% environ

- 7,96% (9,06 Région Parisienne) au service de la voie et bâtiment où travaillent en particulier les cantonniers.

Sur les 3175 cas suivis, il y avait:

- 1.207 cas suivis depuis plus de 5 ans
- 1.650 cas suivis depuis moins de 5 ans
- 318 cas nouveaux présentés en 1964 au C.H.A. (contre seulement 58 cas de dépistage de tuberculose).

Sur ce total, il y a eu:

- 596 aggravés soit 20,86%
- 1590 améliorés soit 55,65%
- 671 guéris soit 23,48%

Sur les 671 "guéris" il y a eu 376 abstinents depuis un minimum de 3 ans, soit 13,16%.

Sur les 2.857 agents suivis depuis au moins 1 an, on dénombre:

- 147 agents ayant fait une cure (111 abstinents, 13 guéris, 23 rechutes)
- 372 agents ayant fait une cure suivie d'une post-cure (265 abstinents, 38 guéris, 69 rechutes).

Ces derniers résultats sont remarquables si l'on considère que les agents pour lesquels une post-cure a été prescrite étaient plus atteints que ceux pour lesquels une cure suffisait.

Voici les résultats exprimés en pourcentages:

	Abstinents	Guéris	Rechutes
Cures	75,51 %	8,84 %	15,64 %
Cures + post-cures ..	71,23 %	10,21 %	18,54 %

Ces résultats parlent d'eux-mêmes. La rigueur des chiffres ne peut être contestée dans une administration où chaque cas est facilement suivi.

A plus longue échéance, le pourcentage des abstinents complets va évidemment en diminuant. Ce pourcentage était, en 1964 de 30,74% pour les 618 agents ayant fait une cure de 1951 à 1963.

A noter qu'à la S.N.C.F. comme ailleurs il y a des cas désespérés.

Durant l'année 1963, la Région du Nord a réformé 162 agents, dont 52 pour éthylisme prédominant et 11 pour éthylisme associé.

Il est remarquable que sous l'angle qui nous occupe, les résultats sont favorables sous l'angle du Reclassement Professionnel puisqu'environ les trois quarts des agents soignés ont pu être entièrement récupérés pour leur travail, alors que dans le cas général la proportion est nettement plus faible.

Signalons également que cette organisation est efficace sous l'angle de la prévention comme le montre l'évolution des chiffres ci-dessous:

Années	Dépistés	Suivis par C.H.A.
1955	579	1452
1956	456	1452
1957	434	1490
1958	546	1856
1959	607	2271
1960	630	2820
1961	570	3454
1962	462	3227
1963	361	3243
1964	318	3175

Si le nombre d'agents dépistés diminue, ce n'est pas parce que le fléau recule, c'est parce que le dépistage systématique commence à porter ses fruits, la plupart des éthyliques étant maintenant à peu près connus du C.H.A.

A noter que parmi les dépistés la proportion des agents gravement atteints décroît, ce qui prouve que le dépistage devient de plus en plus précoce.

Si la proportion des alcooliques signalés au C.H.A. est de l'ordre de 92%, c'est que la Direction Médicale de cette région a pu "convaincre le personnel qu'une action est nécessaire et possible" et qu'il faut "intégrer la lutte anti-alcoolique dans la pratique médicale journalière".

Les autres cas signalés le sont, soit par le service de l'agent, 3,32%, soit par le service social, 3,87%, soit par le service psychotechnique 0,27%.

Dans son article sur "Alcoolisme et Médecine du Travail", publié dans la Revue du Praticien (février 1964), le Docteur J. GODART écrit.

> "LE GO et ses collaborateurs, à la S.N.C.F. région Nord, devant une absence de signes pathognomoniques, ont mis au point une sorte de grille permettant de réunir un certain nombre de signes de probabilité dont le tableau d'ensemble pourra emporter ou non la conviction du praticien.
>
> De ce fait, le diagnostic est généralement médico-social et le médecin a besoin de recouper ses impressions cliniques par une enquête auprès des chefs de l'intéressé, et s'il y a lieu de la famille, d'ailleurs rarement compréhensive, et par une assistante sociale avertie".

Nous ne nous permettrons pas de porter ici un jugement sur la valeur de la "grille de dépistage" mise au point par les Docteurs LE GO, VALETTE et PERTUSIER (et exposée par le Docteur JOURET, lors de la 20ème conférence interentreprise sur la Sécurité du Travail et de l'Alcoolisme, qui s'est tenue le 5 décembre 1961 aux Etablissements SKF)mais ce que nous pouvons constater d'après les chiffres cités plus haut, c'est l'efficacité du dépistage sur la région du Nord de la S.N.C.F., grâce sans doute aux recoupements que le médecin peut obtenir des chefs de l'intéressé et des Assistantes Sociales, comme le souhaite le Docteur J. GODART dans son article sur "Alcoolisme et Médecine du Travail".

Il n'y a d'ailleurs pas qu'à la Région du Nord de la S.N.C.F. où les résultats sont meilleurs que dans le cas général.

Dans l'étude publiée dans la Revue du Praticien en février 1964, (page 460 et 463), le Docteur LEREBOULLET avait également indiqué avoir "procédé avec Pluvinage, Vidart et Gasteau à l'établissement d'une statistique chez les malades suivis à la S.N.C.F., région de l'Est" de laquelle il ressortait qu'après 3 ans 1/2, la proportion des bons résultats y atteint 40%, alors qu'elle n'est que d'un tiers dans le cas général après deux ans seulement.

II - LA SITUATION EXCEPTIONNELLE DES CHEMINOTS

Si les résultats obtenus à la S.N.C.F. en matière de Reclassement Professionnel des alcooliques peuvent être meilleurs que dans le cas général de la Sécurité Sociale, c'est en partie en raison de plusieurs circonstances favorables:

- d'abord le fait que, si l'on excepte La General Motors qui est une firme, la S.N.C.F. se trouve être la plus grande entreprise du monde, groupant 350.000 cheminots soumis à un même statut, composée de 6 régions groupant chacune de 50.000 à 80.000 agents et dotées chacune d'un service médical bien structuré;

- la facilité d'une coordination entre le Service Médical, le chef d'établissement et les Services Sociaux pour suivre les malades. La lutte contre l'alcoolisme peut se faire sur le plan de l'Etablissement, étant entendu qu'un centre d'hygiène alimentaire régional guide, précise et renforce les moyens locaux à mettre en oeuvre;

- le régime très particulier des cheminots en matière médicale.

On sait que les organisations syndicales de cheminots protestent parce que leurs mandats sont les seuls citoyens à ne pas avoir le libre choix du médecin. En effet, tant pour obtenir des soins que pour obtenir des exemptions de service en cas de maladie, les cheminots doivent - sauf en ce qui concerne les spécialistes et sous certaines conditions - s'adresser obligatoirement à un médecin désigné, qui, pratiquement assure conjointement la Médecine du Travail dans les centres importants et la Médecine des soins.

Si cette particularité, imposée par la Direction de la S.N.C.F. dans le souci d'assurer la permanence du Service Public (en rendant inefficace le mot d'ordre que pourraient se donner les cheminots en période de grève de se faire tous "porter malades" le même jour, comme ce fût le cas pour les aiguilleurs aux U.S.A.), peut être critiquée du point de vue du code de déontologie, elle présente pour les travailleurs eux-mêmes certains avantages, notamment du point de vue de la présente étude.

"L'anarchie des structures" dénoncée plus haut par le Docteur GODART n'existe pas à la S.N.C.F., chaque agent étant suivi par un seul service médical et doté "d'un livret médical" confidentiel très complet que se communiquent les divers médecins intéressés attachés à la même entreprise.

On conçoit également que les liaisons avec la Direction, les cadres et les Assistantes Sociales soient grandement facilitées par le fait qu'il s'agit d'une seule entreprise. C'est ainsi par exemple que le Docteur VALETTE, Médecin Principal, a pu faire le 11 mars 1965 une communication aux ingénieurs principaux du service de l'exploitation sur le dépistage et le reclassement des alcooliques, communication dont les conseils et directives purent être répercutés dans la huitaine à tous les inspecteurs et chefs des gares importantes de la région du Nord. C'est ainsi également que M. SPINNINGER, ingénieur principal, a pu faire, en février 1965, en sa qualité de responsable pour la région du Nord du mouvement "Santé de la famille" une conférence avec projections sur le Curatorium de THUN, devant les chefs d'Etablissements de la Région Parisienne, comme il l'avait fait précédemment dans d'autres centres, en animant un échange de libres propos sur l'intérêt et la possibilité de reclasser professionnellement les buveurs guéris, afin que les cadres et la maîtrise soient amenés d'eux-mêmes à infléchir leur optique habituelle, pour considérer désormais ces agents comme des malades qu'il faut aider.

De telles actions seraient beaucoup moins efficaces si elles devaient être effectuées en dehors d'une entreprise exceptionnellement bien structurée.

Enfin, il nous faut souligner une différence fondamentale entre le cas de l'alcoolique de la Sécurité Sociale et le cheminot.

Lorsqu'on parle de Reclassement Professionnel au premier, il a souvent tendance à comprendre que cela signifie pour lui la fin des prises en charge pour maladie; il a donc une inclination trop compréhensible, notamment chez un alcoolique, à ne pas coopérer à sa guérison.

Pour le second, du fait que le Service Médical agit en liaison avec l'employeur, l'agent se trouve placé devant le dilemne: ou la réinsertion professionnelle ou la réforme. Pour ceux qui sont encore éloignés de l'âge de la retraite, la réforme signifie privation de la rémunération en échange d'une maigre pension.

L'intérêt pécuniaire du malade coïncide alors avec les motivations supérieures qu'il peut avoir à se reclasser.

Voici quatre exemples montrant l'action que peuvent avoir les Services Médicaux et Sociaux en matière de Reclassement Professionnel dans le cas très particulier de la S.N.C.F. On notera combien la crainte de la mise à la réforme est souvent à l'origine d'une réhabilitation.

III - EXEMPLES DE RECLASSEMENT

Exemple n° 1 - Guérison et intervention efficace auprès du Service pour obtenir une affectation appropriée.

X ... né en 1926, homme d'équipe à S..., dépisté en mai 1961, marié, 8 enfants.

Depuis longtemps a des habitudes de grand alcoolique, ce qui détériore de plus en plus la cohésion familiale.

Epouse malade, tous les enfants sont placés.
Au travail considéré comme stupide.
Cure en juin 1961, suivie d'une post-cure à THUN
Muté dans une autre gare où il est "protégé".
Relogé en janvier 1962, ce qui permet le regroupement de la famille.
Donne satisfaction dans son travail au point qu'il est proposé au grade de brigadier.
Il est promu dans une autre gare en janvier 1963 mais il s'y trouve en insécurité (on se moque de lui dans son équipe, il est éloigné de sa famille).
Le Service Médical intervient auprès des Services et obtient sa réintégration dans une gare près de son domicile.
Depuis, l'agent est calme et détendu dans une vie familiale normalisée.

Exemple n° 2 - Guérison et exclusion évitée.

Y ... né en 1927, brigadier de manoeuvre rétrogradé homme d'équipe par mesure disciplinaire en 1959.
Marié, 11 enfants - c'est la misère.

Hospitalisé d'urgence en 1960 pour éviter un délirium
Sous le coup d'un nouveau dossier disciplinaire et d'une instance judiciaire.
Cure en décembre 1960.
L'exclusion est évitée et il est affecté à une gare près de sa famille.

Semble parfaitement guéri. Sensible aux marques d'estime qu'il rencontre pour la volonté de redressement qu'il a manifestée.
Espère bientôt retrouver son grade initial de brigadier.

Exemple n° 3 - Guérison et reclassement grâce à une menace de réforme et à un changement de résidence.

Z ... né en 1918, mécanicien de route dans la région côtière, hors sécurité depuis 1959.
Marié 4 enfants.

C'est une épave. Il n'est pas méchant, son épouse subit l'alcoolisme de son mari avec résignation et désolation.
Suivi depuis 1956. Cure en maison de santé en 1957, mais reboit aussitôt.
Perd toute capacité de travail (polynévrite)
Juillet 1959, le Médecin Chef le met hors sécurité définitif et lui donne un sursis de 3 mois avant de le proposer pour la réforme.
Cure ambulatoire efficace. Reprise du travail en fin 1959, remis en travail impliquant sécurité début 1960.

Mais son long passé d'éthylique le rend mal à l'aise dans sa résidence. Il reste vulnérable et voudrait, en accord avec son épouse, être muté dans la région parisienne.

Le Service Médical intervient et, non sans mal, obtient la mutation et le relogement dans la région parisienne.
A trouvé auprès de son chef d'établissement une compréhension efficace mais ferme. N'a plus été descendu de machine, mais surveillé sans relâche.

Exemple n° 4 - Réforme évitée. Buveur guéri devenu prosélyte. Action des Assistantes Sociales.

W ... né en 1922, chauffeur de manoeuvre rétrogradé ouvrier
Marié 5 enfants - c'est l'enfer au foyer.

1955 Délirium trémens suivi à Lariboisière
1959 Cure à Bicêtre. Reboit dès sa sortie
1960 Proposé pour la réforme

Cette menace entraîne des crises de violences et l'épouse demande de l'aide aux Services Sociaux.
Le Médecin-Chef accepte de suspendre la mesure de réforme sous réserve que l'intéressé accepte une nouvelle cure.
Madame W... reçoit l'aide psychologique de l'Assistante Médicale de la consultation en liaison avec l'Assistante Sociale du secteur.

1960 reprend le travail hors sécurité
1961 remis en travail impliquant sécurité
1963 Passe examen de chauffeur de route et promu dans un autre dépôt.

Intervention du Service Médical pour réintégration dans son dépôt d'origine.
Abstinent complet, fait du prosélytisme.

Chapitre IV

EFFICACITE DE L'ACTION SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

Si nous nous sommes si longuement attachés à décrire les méthodes employées et les résultats obtenus sur la région du Nord de la S.N.C.F., en insistant sur l'esprit qui anime ses dirigeants médicaux, c'est pour en tirer les enseignements qui permettraient d'améliorer les résultats parfois décevants obtenus dans le cas général en matière de Reclassement Professionnel, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de la présente étude.

Certes, on ne peut tout transposer. Du moins pourrait-on s'attacher à s'inspirer de la leçon essentielle qu'il faut tirer de l'exemple S.N.C.F.: une action efficace peut se situer sur le plan professionnel et celui de la Médecine du Travail.

I - LUTTE ANTI-ALCOOLIQUE SUR LES LIEUX DU TRAVAIL

Un autre exemple intéressant de résultats obtenus sur le terrain professionnel est celui des Etablissements PEUGEOT-SOCHAUX. Ce service est totalement différent de celui de la S.N.C.F. puisqu'il s'agit d'une entreprise de 25.000 personnes groupées sur quelques kilomètres carrés mais le but poursuivi reste le Reclassement du buveur guéri dans son ancien secteur.

"Avant la guerre les buveurs ne posaient pas de problèmes; s'ils commettaient des actes répréhensibles et contraires au réglement intérieur, ils étaient licenciés après quelques avertissements pour "faute professionnelle".

A partir de 1950, le problème s'est posé sous son vrai jour. l'alcoolique est considéré comme un malade et le Médecin du Travail doit se préoccuper de l'alcoolisme au stade de la prévention, dépistage de la maladie, reclassement du malade, etc... M. le Docteur PION, Médecin-Chef du Service Médical du Travail des Etablissements PEUGEOT-SOCHAUX, concluait à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" du 9 juin 1964.

"Le Service Médical mène depuis plus de onze ans, au sein de l'en-
"treprise, une lutte journalière contre l'alcoolisme. Il est as-
"sisté d'un Médecin Psychiâtre, d'une infirmière spécialisée, et
"n'a pu obtenir de résultats positifs que grâce à la coopération
"de tous les services s'intéressant aux problèmes humains: la
"Direction, les ingénieurs, main d'oeuvre, la maîtrise, les cama-
"rades appartenant ou non à des groupements d'abstinents, tous
"participent non seulement au traitement des buveurs mais aussi
"à la formation d'un "esprit de lutte anti-alcoolique" - compa-
"tible à cet "esprit de sécurité" qui s'est créé pour lutter con-
"tre l'imprévu - et considèrent le buveur comme un malade que l'on
"peut parfois guérir, souvent améliorer, et toujours soigner."

Dans son article sur "Alcoolisme et Médecine du Travail", le Docteur J. GODART, que nous avons déjà [illegible] fois cité, a écrit:

"La maladie alcoolique cause sur les lieux du travail des
"ravages considérables (absentéisme, accidents ...). Les buveurs
"excessifs vieillissent prématurément et leurs capacités profes-
"sionnelles s'en ressentent, d'où conflits, problèmes de disci-
"pline, perturbations de tous ordres, sans parler des interféren-
"ces sur le plan familial et social. J'ai insisté à plusieurs re-
"prises avec M. DELABROISE sur les difficultés du Reclassement
"et de l'utilisation des travailleurs de la cinquantaine usés par
"l'alcoolisme et devenus au chantier ou à l'atelier dangereux
"pour eux-mêmes et leurs compagnons de travail.

"Comment devant de telles constatations le Médecin du Travail
"pourrait-il se désintéresser de l'action anti-alcoolique sur les
"lieux du travail ?

"Soulignons, d'ailleurs, que sa position hors hiérarchie, sa
"technicité, la confiance dont il doit bénéficier aussi bien de
"la part de la Direction et des cadres que des représentants du
"personnel, sa présence au Comité d'Entreprise et au Comité d'Hy-
"giène et de Sécurité, font de lui l'animateur tout désigné de
"cette entreprise difficile et, pourquoi ne pas le dire, parfois
"décevante qu'est la lutte contre l'alcool à l'usine.

"Tout d'abord, il ne faut se faire aucune illusion sur la pro-
"pagande de masse, conférences et séances de cinéma plus ou moins
"obligatoires. L'éducation sanitaire doit atteindre les leaders
"de l'entreprise, et l'on doit entendre par là essentiellement
"la hiérarchie professionnelle, d'une part, du Directeur aux
"chefs d'équipe, d'autre part, les représentants du personnel.

"Cette action doit être individuelle, ou par petits groupes "choisis, jeunes en particulier; elle doit être simple, honnête, "c'est-à-dire conforme aux données scientifiques, et se libérer "de cette teinte moralisatrice qui lui a si longtemps nui... "Il est souhaitable que les responsables de l'entreprise, chefs "hiérarchiques, délégués, puissent signaler au Médecin du Travail "tout ce qui, dans l'attitude du travailleur peut être la manifes- "tation d'un déséquilibre de santé, que cela concerne la maladie "alcoolique aussi bien que tout autre affection.

"Il ne s'agit pas là d'une délation ni d'une préface à des "mesures repressives mais le premier pas vers cette entreprise "pleine d'aléas qu'est, comme disent certains, le relèvement des "buveurs."

o o

o

L'insistance que met le Docteur GODART à suggérer que, sous la Direction du Médecin du Travail, les délégués du personnel puissent avoir une action dans la lutte contre l'alcoolisme nous amène à souligner le rôle que pourrait avoir en la matière un syndicalisme ouvrier qui se voudrait constructif.

Certes, comme l'indique le Docteur GODART, le Médecin du Travail devrait être "l'animateur tout désigné" de la lutte anti-alcoolique mais il faut bien reconnaître qu'il est bien des cas où le Médecin du Travail - le plus souvent à tort d'ailleurs - est considéré par les travailleurs comme un instrument de l'employeur. Sous l'angle de l'efficacité, il semble donc souhaitable que la lutte anti-alcoolique soit entreprise comme une oeuvre paritaire entre la Direction et les délégués, le Médecin du Travail s'efforçant essentiellement d'aboutir à ses fins sans s'imposer, l'important étant que le personnel et ses représentants soient non seulement mis "dans le coup" mais aient le sentiment d'être l'élément moteur de la lutte pour la santé des camarades atteints de la maladie alcoolique.

II - POSSIBILITE D'UNE CONTRIBUTION DES SYNDICALISTES

Nous avons pu recueillir l'avis d'un syndicaliste sur le problème du Reclassement Professionnel des buveurs guéris. Ce syndicaliste est très au courant de la "mentalité" des milieux syndicaux puisqu'il a été lui-même pendant quinze années Président d'une organisation nationale dans une branche où l'alcoolisme présente une grande acuité.

Il nous a déclaré:

"En général, les syndicalistes n'ont pas encore pris conscience du rôle capital qu'ils pourraient jouer dans la lutte contre l'alcoolisme. Ils pensent encore trop souvent qu'il suffirait d'améliorer les salaires et de faire disparaître les taudis pour éliminer les causes propres de l'alcoolisme en France.

C'est que, jusqu'à présent, la lutte contre l'alcoolisme a été trop souvent présentée aux salariés dans un contexte paternaliste, si bien que la propagande contre l'alcool a pu apparaître aux yeux des délégués et représentants syndicaux comme une duperie inspirée surtout aux employeurs par le souci d'éliminer une cause de mauvaise productivité du travail.

Or, je connais des entreprises où il suffirait de mettre les délégués "dans le coup" pour obtenir des résultats insoupçonnés. Il existe des comités d'entreprises où sont examinées les conditions de travail du personnel.

Certes l'esprit initial de coopération voulu par le législateur a souvent fait place à un esprit étroitement revendicatif qui a généralement compromis les résultats positifs que l'on pouvait en attendre, dans l'intérêt bien compris des travailleurs mais dans ces comités d'entreprises, en marge des positions doctrinales et de ce qui est déclaré en séance aux fins d'inscription au procès-verbal, il s'établit plus souvent qu'on ne croit des contacts entre hommes de bonne volonté, tant du côté des employeurs que du côté des représentants du personnel, qu'il s'agisse des délégués élus ou des représentants des organisations syndicales. C'est à l'occasion de ces contacts que les syndicalistes pourraient utilement collaborer avec les chefs d'établissement pour la prévention de l'alcoolisme et le Reclassement Professionnel des buveurs guéris, et cela avec l'aide technique du Médecin du Travail. Les délégués du personnel sont souvent mieux informés et mieux placés que quiconque pour suggérer que

La lutte anti-alcoolique rejoint d'ailleurs l'action des syndicats pour la recherche d'une stabilité de l'emploi qui est un facteur indispensable à une guérison définitive.

Monsieur LE GLAND précise que le problème du Reclassement ne se pose pratiquement plus dans l'entreprise intéressée:

"Nous avons toujours ou presque agi avant le déclassement."

De son côté, Monsieur POINTILLON, commentant le 12.2.1964 l'action de la section "Vie Libre" à la R.A.T.P., soulignait également l'intérêt de cette collaboration:

"Incontestablement, l'appui des Organisations Syndicales au travers du Comité d'Entreprise a été le facteur déterminant de réussite lui permettant de conserver cette indépendance dont elle est si fière."

III - LE ROLE DE CERTAINS JOURNAUX CORPORATIFS

En dehors des journaux syndicaux, certains journaux corporatifs pourraient utilement être utilisés pour prouver aux buveurs qu'il existe pour eux des possibilités de Reclassement Professionnel et mettre l'accent sur l'importance de la prévention.

Nous avons relevé dans le numéro du 10 mai 1964 de l'organe "La Vie du Rail" un excellent article sur les curatoriums de THUN et de MALVAU. La Vie du Rail est lue par 200.000 cheminots et leur famille qui - et cela vaut d'être souligné - sont abonnés à leurs frais et librement à ce journal corporatif. Il ne s'agit donc pas d'un journal d'entreprise distribué gratuitement par la Direction et dont les lecteurs se méfient.

Expliquant à ses lecteurs la nécessité des post-cures après la cure de désintoxication, l'auteur écrit:

> "Ces malades par l'alcool, troublés dans leur comportement, affaiblis physiquement, intellectuellement au point de n'être plus capables d'aucun travail, d'être insupportables à leur entourage, et qui en souffrent, il convient, bien entendu, de les soigner.
>
> Quand la vie d'un homme est en jeu, la société dépense parfois des sommes considérables pour le sauver; rien n'est plus normal car la vie d'un être humain n'a pas de prix. Il s'agit ici de rendre à des milliers d'entre eux quelque chose d'encore plus précieux que la vie: leur dignité d'homme."

Voilà de l'excellente propagande, dans un style direct très accessible aux travailleurs. Exprimée dans un journal corporatif, sans que l'on puisse prétendre qu'elle est d'inspiration patronale ou confessionnelle, son efficacité est certaine. Plus répandue, elle serait d'un grand secours pour persuader les travailleurs de la possibilité et la nécessité de reclasser socialement et professionnellement les buveurs médicalement guéris et d'une manière plus générale, lutter contre l'alcoolisme dans le cadre professionnel.

Chapitre V

LES FORCES FAVORABLES

Après avoir montré, dans les chapitres qui précèdent, que la lutte anti-alcoolique doit surtout se placer sur le plan professionnel, il nous faut maintenant indiquer quelle est l'action des Pouvoirs Publics, du Haut Comité d'Etude et d'Information, du CNDCA, quel est le rôle très important de la Sécurité Sociale et enfin l'aide très efficace qu'apportent les Associations de buveurs guéris pour le Reclassement Professionnel des anciens alcooliques.

I - L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

Il ne nous appartient pas, dans le cadre de cette étude, d'analyser toutes les mesures législatives déjà prises pour lutter contre l'alcoolisme, et favoriser, par la voie de conséquence, le Reclassement Professionnel des éthyliques. Il resterait d'abord à rendre efficaces les textes existants que les groupes de pression au service de l'alcool s'efforcent de tourner par tous les moyens. Cela fait, d'autres mesures pourraient être prises, ne serait-ce par exemple que pour réduire l'influence néfaste du service militaire en la matière, comme nous l'indiquons plus loin, ou combattre la propagande en faveur de l'alcool. Mais l'état ne peut pas tout faire.

II - LE HAUT COMITE D'ETUDES et D'INFORMATIONS

Ce Haut Comité, présidé par M. le Professeur Robert DEBRE, a entrepris depuis 1954 des campagnes d'information qui ont eu une influence heureuse sur l'opinion publique. Nous avons pu nous rendre compte personnellement combien cet Organisme est conscient du problème qui nous occupe. Nous souhaitons qu'il puisse plus souvent utiliser ce moyen "formidable" (au sens étymologique de ce terme) d'information ou de déformation que peut être la télévision dont beaucoup de foyers de travailleurs sont maintenant dotés.

Il importerait que parmi les personnes qui "visionnent" les émissions avant leur diffusion, certaines d'entre elles soient particulièrement vigilantes en ce qui concerne le problème de l'alcool, au moins au même titre qu'en ce qui concerne les moeurs. Il semble en particulier indispensable que les jeunes soient complètement et objectivement informés du problème de l'alcoolisme et des répercussions qu'il peut avoir sur leur carrière professionnelle. Nous ne doutons pas que le Haut Comité d'Etudes et d'Informations, qui est directement placé sous l'autorité du Premier Ministre, s'efforcera d'utiliser en ce sens les possibilités que lui offre cette situation, l'ORTF ayant le devoir d'éclairer objectivement les auditeurs et, en particulier, les jeunes sur les graves problèmes qui les concernent.

III - LE COMITE NATIONAL DE DEFENSE CONTRE L'ALCOOLISME (CNDCA)

Monsieur le Professeur Robert MONOD de l'Académie de Médecine, qui préside le Comité National contre l'Alcoolisme, a écrit:

> "L'ancienne ligue anti-alcoolique du début a modifié en 1950 son titre et ses statuts et s'est transformée en Comité National de Défense contre l'Alcoolisme, mieux dénommé, mieux organisé pour s'adapter aux conditions imposées par le progrès scientifique et la transformation industrielle de notre époque."

C'est dire combien ce Comité National s'est directement intéressé au problème qui nous occupe. La création du foyer de post-cure de CHELLES est son oeuvre. Sa revue, si bien intitulée "ALCOOL ou SANTE" a consacré son numéro 6 de l'année 1962 au "Réemploi, facteur de réadaptation de l'alcoolique chronique" et a relaté les importants travaux du symposium réuni à CHELLES en janvier 1962, auquel ont participé les meilleurs spécialistes de la question, notamment les Docteurs MAMELET, DUBLINEAU, DUCHENE, KOMAROVER, etc...

C'est également sous les auspices du CNDCA qu'ont eu lieu les journées de Rouen de février 1963 qui avaient pour thème "Alcoolisme ... erreur alimentaire" et qu'inaugura Monsieur le Ministre du Travail.

Il reste à souhaiter que les travaux du CNDCA aient dans l'opinion publique et en particulier dans le corps médical tout entier, la résonance qu'ils méritent.

IV - LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE

Monsieur le Docteur Charles BERLIOZ, Conseiller Technique Médical de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (F.N.O.S.S.), a rappelé que le rôle de la Sécurité Sociale, en présence de l'alcoolisme, a un double aspect:

- la "prise en charge" du malade sous forme de prestations en nature et en espèces
- l'action sanitaire et sociale.

Est-il besoin de préciser que la déchéance professionnelle et sociale du malade alcoolique le laisse généralement sans ressources. Heureusement les assurances maladie et invalidité inscrites dans la législation de Sécurité Sociale viennent le secourir. Et cela pour le remboursement des actes médicaux (diagnostiques ou thérapeutiques), les produits médicamenteux, les éventuelles hospitalisations et enfin les indemnités en argent lorsque l'arrêt du travail est médicalement motivé.

Sur le problème de savoir si l'intoxication alcoolique entre dans le groupe des maladies mentales et, de ce fait, entraîne l'abolition du ticket modérateur, permettant ainsi la gratuité de la cure, Monsieur le Docteur Charles BERLIOZ a eu l'occasion de répondre affirmativement. Dans l'important article qu'il a signé dans la revue "La Santé de l'Homme" publiée en juillet 1959 par le Ministère de la Santé Publique et de la Population sur le problème de l'alcoolisme, le Docteur Charles BERLIOZ a écrit:

> "La non gratuité de la cure risque de créer un obstacle à un traitement qui, s'il atteint son but et le maintient, constitue la meilleure prévention d'atteintes lésionnelles graves et irreversibles."

> "De plus, les dispositions législatives relatives à la réhabilitation peuvent parfaitement s'appliquer en l'espèce et faciliter une réinsertion sociale dans le milieu du travail et dans le milieu familial."

Evoquant par ailleurs la situation des alcooliques traités, peut-être désintoxiqués pendant un certain temps mais récidivant par la suite, Monsieur le Docteur Charles BERLIOZ précise:

"Même si aucune prestation n'est demandée par l'intéressé, la prise en charge de la Sécurité Sociale doit se poursuivre afin d'inciter le malade à retourner auprès de son médecin traitant ou du centre médical où il a été soigné."

On sait enfin que la Sécurité Sociale a admis la prise en charge des post-cures des alcooliques telles qu'elles peuvent être pratiquées par exemple au Curatorium de THUN ou dans les conditions particulières et originales du Foyer de CHELLES. C'est dire que cet Organisme, en dépit de son souci de sauvegarder une bonne gestion financière a pleinement compris la nécessité de guérir les malades alcooliques et de les "réhabiliter" socialement.

o o

o

Par ailleurs, la Sécurité Sociale a une action sanitaire et sociale importante en matière anti-alcoolique. Nous ne pouvons ici encore que nous rapporter à l'article précité du Docteur BERLIOZ qui a indiqué que cette action s'exerce de trois manières:

A - Une contre propagande anti-alcoolique générale, et, sur les lieux de travail, l'encouragement des "boissons de remplacement."

B - Une participation de la Sécurité Sociale à l'équipement sanitaire anti-alcoolique

C - Une mission du Comité Consultatif des études sanitaires de la Sécurité auprès de l'Institut National d'Hygiène.

Cette action sanitaire et sociale s'exerce à trois échelons: local, régional et national. Signalons par exemple l'excellente initiative de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne qui a édité et largement diffusé l'affiche très suggestive "Quand les parents boivent ... les enfants trinquent".

o o

o

La Sécurité Sociale est mieux placée que quiconque pour savoir combien l'alcoolisme coûte à la collectivité. On conçoit qu'elle veuille apporter tout son appui à la lutte anti-alcoolique, sous l'angle curatif d'une part, préventif de l'autre. On conçoit en conséquence qu'elle est très favorablement disposée à l'égard du problème qui nous occupe: la réinsertion sociale des alcooliques.

V - LE ROLE DES ASSOCIATIONS D'ANCIENS BUVEURS

L'utilité des mouvements de buveurs guéris est maintenant unanimement reconnue, notamment pour assurer la persévérance dans le Reclassement Professionnel et la réhabilitation sociale.

Souvent représentés sur les lieux de travail, ils le sont aussi à l'extérieur et font parfois la liaison avec la famille du malade.

Qu'ils s'inspirent ou non d'une éthique philosophique ou religieuse, ils peuvent apporter une armature morale fort utile.

"La Croix Bleue" d'inspiration protestante est particulièrement active dans l'Est de la France, "la Croix d'Or" catholique est largement développée vers l'Ouest de la France, ces mouvements peuvent rendre d'inestimables services à certains sujets. Le mouvement "Vie Libre" non confessionnel se développe de plus en plus.

Ces associations qui dans le passé se sont souvent concurrencées coopèrent maintenant, surtout depuis qu'existe une confédération des mouvements de buveurs guéris. Elles permettent à leurs membres d'exercer entre eux un contrôle vigilant et de contribuer chaque jour à une belle oeuvre d'entraide et d'hygiène sociale.

Le rôle des anciens buveurs dans l'entreprise a été exposé par le Docteur CHAMPEAU, à la journée du CNDCA à LYON le 6 décembre 1963.

Le Docteur CHAMPEAU a insisté sur le fait que les buveurs guéris, en se laissant connaître comme tels, abstinents, heureux, équilibrés, bons camarades, doivent donner à leur sobriété totale - seule forme possible pour eux - un aspect positif. De plus, ils doivent lutter dans le groupe social qu'est l'entreprise pour dénoncer l'attitude de la société en face de l'alcool, attitude qui tend à imposer à la conscience collective la nécessité de la présence de l'alcool comme un des éléments du confort et du bien vivre.

Les buveurs guéris, en montrant qu'ils vivent confortablement sans alcool, contribuent à ce redressement psychologique nécessaire de la société vis-à-vis des boissons alcoolisées. Ils doivent lutter pour que l'abstinence totale qui implique un libre choix de vie reconnu par tous comme un droit fondamental de toute personne humaine, et que soit respecté réellement le droit à ne pas boire comme est respectée la liberté de conscience.

Non seulement les associations permettent aux buveurs guéris de se soutenir les uns les autres, mais leurs réunions, la publicité qui leur est donnée, permettent de faire connaître dans les milieux de travail que l'alcoolisme d'habitude est une maladie comme les autres que l'on peut guérir. Les employeurs - à moins qu'ils ne veuillent rester complètement aveugles sur leurs devoirs élémentaires envers leur personnel - ont ainsi des exemples de réhabilitations individuelles, qui, sans la mise en lumière que leur donnent ces associations, resteraient ignorées.

Ces exemples spectaculaires de Reclassement Professionnel permettent d'ailleurs une meilleure efficacité de la prévention dont les employeurs ont toujours été plus préoccupés, comme leur intérêt bien compris le leur commande.

Au cours d'un très intéressant entretien que nous avons eu le 22 mars 1965 avec M. SPINNINGER, Ingénieur Principal à la S.N.C.F. et responsable pour la région du Nord du mouvement "La Santé de la Famille", celui-ci nous a indiqué que si ce mouvement créé en 1902 avait eu autrefois un certain rayonnement (fondant en particulier en 1921 un autre groupement "Le Jardin du Cheminot" qui groupe maintenant 100.000 adhérents et l'Union Sportive des Chemins de Fer Français), il fut ensuite considéré avec bienveillance certes mais ne fut guère pris au sérieux dans un pays où les "buveurs d'eau" n'ont pas très bonne réputation. Jusqu'au jour où à la propagande verbale contre l'alcoolisme succédèrent les actes. Ce fut en effet "La Santé de la Famille" qui fonda en 1954 le Curatorium de THUN à qui tout le monde, à commencer par le Service médical, reconnaît une efficacité inespérée dans le cas des cheminots.

Dans les gares, ateliers et dépôts de locomotives, on commença à être moins sceptiques sur la possibilité d'une guérison et d'une réinsertion professionnelle des anciens buveurs. La propagande anti-alcoolique de la "Santé de la Famille", appuyée par les buveurs guéris (à qui d'ailleurs ce groupement conseille d'adhérer localement à des associations interprofessionnelles comme "Vie Libre", afin de mieux se sentir les coudes) prit une certaine résonance.

D'ailleurs, la Direction de la S.N.C.F. a décidé de faire prendre en mains par les Directeurs des Ecoles Professionnelles (Ecoles d'Elèves d'Exploitation, Ecoles d'Apprentis de la Traction, Ecoles de Service Electrique) la propagande anti-alcoolique faite auparavant par des militants de la "Santé de la Famille".

Nous sommes persuadés que l'exemple que nous venons de citer doit se retrouver ailleurs: en aidant au Reclassement Professionnel des buveurs guéris, les Associations anti-alcooliques "prouvent le mouvement en marchant" et substituent des exemples à une propagande verbale autrefois inécoutée.

Ainsi la recherche d'une solution au problème particulier qui nous occupe, le Reclassement Professionnel des alcooliques, peut être l'occasion d'un renouveau dans la lutte générale contre le fléau de l'alcoolisme, notamment au stade capital de la prévention, grâce aux Associations anti-alcooliques animées de l'intérieur par les travailleurs.

Chapitre VI

COURANTS CONTRAIRES ET PROPHYLAXIE

A la lumière des enseignements tirés de nos observations, nous venons d'indiquer les forces qui pourraient aider à la réhabilitation des alcooliques. Il nous faut maintenant examiner les influences contraires.

I - LA FATIGUE PATHOLOGIQUE

Monsieur le Professeur Robert MONOD, dans un avant propos du numéro de mars 1965 de la revue "Immex", consacré aux "Intoxications Alcooliques", a écrit:

> "Le meilleur avant propos à l'ensemble des articles consacrés aux complications de l'alcoolisme me paraît être de mettre l'accent sur une des causes principales de l'alcoolisme contemporain, j'entends par là la fatigue liée au régime de surmenage imposé par les conditions de vie moderne.
>
> L'homme, le citadin notamment, n'est-il pas sans cesse exposé à des agressions diverses, parmi lesquelles la dominante est le bruit, et soumis à un rythme accéléré, résultat du "taylorisme" et d'un travail chronométré, agressions qui ont pour résultat d'obliger notre système nerveux à dépenser au-dessus de ses moyens et à supporter un rythme qui dépasse celui de la vitesse des réactions physiologiques habituelles. De naturelle, la fatigue est ainsi, peu à peu pathologique ...
>
> Compte tenu de ces données, la fatigue du monde actuel, cessant d'être normale, est devenue une maladie de la civilisation.
>
> Comment essaie-t-on de la combattre ?
>
> 1) par le recours à des produits pharmaceutiques, stimulants ou tranquillisants, dont la consommation progresse de façon inquiétante de jour en jour.

2) Par le recours à des produits naturels stimulants, que de tous les temps les hommes qui travaillent ont utilisés: café, thé, coca, mais surtout breuvages fermentés, parmi lesquels - de beaucoup le plus ancien en date et le plus répandu - est l'alcool et notamment le vin.

Cette solidarité entre la fatigue et l'alcool est aujourd'hui une notion bien acquise mais le danger de ce recours à l'alcool, qu'il s'agisse de vin rouge ou d'apéritifs, est qu'il devient une habitude, que celle-ci conduit à l'abus et qu'au déséquilibre naturel de la fatigue ne tarde pas à s'ajouter un déséquilibre toxique, les deux déséquilibres additionnant et même potentialisant leurs efforts nocifs. L'on ajoute ainsi à la fatigue, devenue névrose, deux autres maladies spécifiques de notre époque: la toxicomanie et l'alcoolisme chronique qui, toutes deux, sont sur la voie de la psychose ...

Face à ces complications, comme toujours en Médecine, on arrive à cette conclusion que la prophylaxie vaut mieux que la thérapeutique, et qu'il est notamment préférable de prévenir la fatigue que de la traiter. C'est autrement efficace mais c'est moins facile."

En cette époque où nous voyons les travailleurs s'agglutiner dans les monstrueuses banlieues tentaculaires des grandes villes - alors qu'il eût été de beaucoup préférable à tous points de vue d'assurer l'inéluctable diminution du nombre des agriculteurs par une industrialisation des petits centres provinciaux - on peut craindre que cette mutation vers la vie citadine, génératrice de fatigue pathologique, ne soit en effet un facteur de développement de l'alcoolisme chez les travailleurs ainsi transplantés.

Alcoolisme dopage illusoire

Les dix années qui viennent de s'écouler, a précisé Monsieur J. FOURASTIE au Congrès de Rouen, ont engagé la France et plus généralement l'Europe du Marché Commun dans une accélération du progrès économique telle que le monde n'en avait jamais connue.

La machine humaine (corps et esprit) doit marcher aujourd'hui plus longtemps qu'autrefois et plus près de son optimum.

Nous vivons actuellement, a conlu Louis FAUROBERT, à l'aube d'une deuxième révolution industrielle qui apportera des transformations radicales dans la vie des travailleurs. Eduquer le travailleur, mettre à sa disposition une ration équilibrée proportionnée à ses besoins et des boissons énergétiques agréables à boire, afin qu'il ne se tourne pas vers l'alcool pour trouver un dopage illusoire, préjudiciable à sa santé, et à sa sécurité pendant les heures de travail, sont les plus urgents des objectifs.

II - INFLUENCE DU SERVICE MILITAIRE

Plusieurs de nos observations nous ont convaincus qu'un autre courant contraire, qui lui non plus n'est pas nouveau, est l'influence que peut avoir le Service Militaire sur le comportement des jeunes devant l'alcool. De toutes les remarques que nous avons pu recueillir en la matière, il ne semble pas que les choses aient beaucoup changé depuis l'époque où Courteline écrivait "le train de 8 h. 47". C'est encore bien souvent au régiment que les jeunes prennent leurs premières"cuites". Ce qui est plus grave, c'est que le Service Militaire est pour beaucoup de jeunes qui ne sont pas originaires de pays vinicoles l'occasion de prendre goût à l'alcool et particulièrement au vin qui est distribué d'office.

Combien de jeunes reconnaîssent que c'est au régiment qu'ils ont pris l'habitude de fumer et de boire. La période de service militaire, période de déracinement avec le milieu traditionnel, comporte forcément de nombreuses heures d'inactivité et les soirées sont longues et cafardeuses dans les chambrées. Or, à l'intérieur des cantonnements, on vend et on sert du vin à volonté. Nous avons interrogé plusieurs collègues masculins ayant fait ou faisant leur service militaire: jamais on ne leur a demandé d'animer, en leur qualité de médecin, une causerie aux hommes de troupe sur les dangers de l'alcoolisme d'habitude. Les jeunes recrues, pour qui le Service Militaire consacre leur entrée dans la vie des adultes, n'ont que trop tendance à laisser au vestiaire, en revêtant l'uniforme, tous les bons conseils qu'on avait pu leur donner antérieurement en matière d'alcoolisme et en d'autres.

On ne saurait donc trop insister sur le danger que présente l'appel sous les drapeaux au regard de l'alcoolisme d'habitude, qui peut compromettre dès le départ toute la carrière professionnelle des jeunes gens libérés.

III - L'ATTITUDE DU CORPS MEDICAL

Enfin, toutes nos observations nous ont montré l'importance qu'il faut attacher à la cohérence de l'attitude des Médecins vis à vis du malade alcoolique. Nous abordons ici un problème délicat. Pour soigner efficacement un malade, il faut certes lui inspirer confiance, il faut même susciter de sa part une certaine sympathie.

Or, le malade, et particulièrement l'éthylique et les autres toxicomanes, s'adressent de préférence aux Médecins "compréhensifs", à ceux qui leur donneront l'illusion qu'ils pourront guérir tout en autorisant partiellement certaines faiblesses.

Nous craignons seulement qu'en la matière le souci de paraître "large d'esprit"n'incite certains praticiens à se montrer "tolérants" pour les alcooliques qui veulent continuer à boire.

Que l'on nous entende bien, il ne s'agit nullement de se placer sur le plan moral mais sur le plan purement scientifique et médical.

Le médecin n'a pas le droit de montrer de la "tolérance" envers les buveurs désintoxiqués qui leur demandent la permission de boire, même modérément. Or, nous ne sommes nullement convaincus qu'un praticien sur deux en soit conscient et cela compromet gravement la solution de notre problème.

Si l'on veut éviter toutes les difficultés souvent insurmontables que rencontre le reclassement des éthyliques, il importerait que le corps médical tout entier fasse siennes les conclusions du Professeur Paul PERRIN au Congrès de Rouen de février 1963 consacré à"l'Alcoolisme, erreur alimentaire".

"La consommation des boissons alcoolisées est

- interdite aux anciens buveurs, même guéris
- dangereuse pour tous les enfants
- imprudente en dehors des repas"

Non seulement tous les médecins et en particulier les praticiens doivent adopter ces conclusions (ainsi que celle donnant comme maximum journalier un degré d'alcool par dix kilogs de poids) mais ils devraient en la matière présenter un"front commun" inébranlable, sans chercher à manifester plus ou moins de "tolérance".

IV - L'EXEMPLE DE LA SUEDE: RESPONSABILITE DES LEGISLATEURS FRANCAIS

En France, la propagande anti-alcoolique rencontre trop souvent le scepticisme. Certes le problème n'est pas simple car notre pays produit le tiers de la production vinicole mondiale alors que les Français ne représentent que 2% à peine de la population du globe.

Une grande partie de notre verger et 97% de notre production vinicole, soit près de 74 millions de quintaux de raisin, sont soumis chaque année à la fermentation ou à la distillation, mais ce n'est pas une raison pour désespérer. Le vieil adage latin "ab actu ad posse" a été illustré par le peuple suédois dont, il y a à peine une génération, l'imprégnation éthylique, surtout par l'alcool distillé, avait atteint un degré très inquiétant dans toutes les couches sociales et paraissait sans espoir. Les Suédois sont passés aux actes, c'est donc que la désintoxication d'un peuple est possible.

Monsieur le Professeur Jean BOYER, dans le cours d'hygiène qu'il professe à la Faculté de Médecine de PARIS, ne manque pas de montrer l'insuffisance des mesures législatives en matière d'alcoolisme.

Dans le "Précis d'Hygiène" qu'il a publié en 1961, il a écrit:

"Malgré l'effort des hygiènistes, la Législation reste insuffisante. On sait que les bouilleurs de crû sont plusieurs millions, ainsi que ceux qui vivent du vin et de l'alcool. On sait aussi que les débits de boisson sont parfois des permanences électorales. Aussi le Parlement n'a-t-il jamais voulu supprimer le privilège des bouilleurs de crû (1), interdire les boissons à essences, taxer fortement le vin, et diminuer radicalement le nombre de débits de boisson car seule une diminution très importante serait efficace.

Les lois de fin de législature ne sont généralement pas inspirées par la lutte anti-alcoolique. C'est le cas de celle du 24 mai 1951 qui rétablit la fabrication et la vente d'apéritifs à base d'alcool qui avaient été interdites par la loi de 1941.

(1) La loi du 30 juillet 1960 vient de permettre la suppression par extinction, dans un avenir assez lointain, du privilège des bouilleurs de crû. Les actuels bénéficiaires pourront conserver leurs privilèges, les transmettre à leurs conjoints mais non à leurs enfants."

Des exemples récents ont confirmé combien le comportement de beaucoup de représentants du peuple français au Parlement, devant le problème de l'alcoolisme, pouvait être au contraire à l'intérêt supérieur de la Nation.

REMARQUES TERMINALES

Comme l'a montré la première partie de cette étude, les praticiens ne sont pas tous convaincus de la possibilité et la nécessité sociale de guérir médicalement les alcooliques et de les maintenir au travail.

L'attention des jeunes médecins devrait être attirée au cours de leurs études médicales sur l'acuité du drame de l'alcoolisme en France. En matière d'alcoolisme, écrivait le Docteur PAUMELLE en 1957, tout se passe comme si, en médecine générale, le cancer ou la tuberculose ne déclenchaient l'intérêt et l'intervention du médecin qu'au stade de l'hémoptysie abondante ou de l'hémorragie foudroyante.

Si la stagnation industrielle à laquelle nous assistons en ce début de 1965 devait se prolonger, alors que le marché du travail va devenir beaucoup plus fourni en raison de la poussée démographique des jeunes nés en plus grand nombre après la Libération, le problème du maintien au travail des malades alcooliques comme d'ailleurs de tous les autres handicapés, deviendrait rapidement insoluble et créerait une charge beaucoup plus lourde encore pour la collectivité et en particulier pour la Sécurité Sociale.

On peut alors se demander si les pouvoirs publics ne devront pas, dans cette hypothèse, prendre des mesures tendant à imposer aux entreprises l'emploi d'une proportion minimum de handicapés.

Nous avons insisté, dans la troisième partie de notre étude sur le fait que c'est dans le cadre professionnel que peut être menée la lutte la plus efficace contre l'alcoolisme. Nous avons cité, en particulier, l'exemple de la région nord de la S.N.C.F., dont les services médicaux ont organisé pour l'alcoolisme un dépistage précoce et systématique, au même titre que pour la tuberculose, et suivent tous les alcooliques, grâce à un Centre d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.) particulièrement efficace puisque la perte d'emploi pour l'alcoolisme est descendue à des proportions très faibles (52 réformes en 1963 pour une population de 54.000 travailleurs).

Il est bien évident que dans les petites et moyennes entreprises, comme c'est souvent le cas dans l'industrie privée, la situation est forcément moins favorable. Monsieur Gilbert GRANDVAL, Ministre du Travail, l'avait souligné dans son discours inaugural au Congrès de Rouen en février 1963: "Il semble bien que ce soit au sein des entreprises, dans le cadre des relations sociales qui s'y établissent et compte tenu de l'important effort médical qui y est réalisé, que peuvent s'effectuer, le plus sûrement, le dépistage, la surveillance et la récupération des travailleurs alcooliques. Encore faut-il que les responsables (chefs d'entreprises, cadres et maîtrise) et les salariés eux-mêmes aient conscience des méfaits de l'abus des boissons alcoolisées et du concours qu'ils peuvent apporter dans la lutte contre cette pratique."

Facteurs d'espoirs: un certain nombre de jeunes, notamment parmi ceux qui font du sport, refusent de boire et s'en vantent malgré les quolibets et sarcasmes des anciens sur le chantier. L'automation, en diminuant la proportion des travailleurs manuels, peut contribuer à faire reculer l'alcoolisme.

Enfin, le souci d'être mieux logé et le désir de profiter, dès leur mise en ménage du confort moderne, voire même d'une automobile payée par paiements échelonnés, incite beaucoup de jeunes travailleurs à éliminer l'alcool de leur budget (le danger réapparaîtra après la quarantaine).

CONCLUSIONS

Notre étude a confirmé que le Reclassement Professionnel des alcooliques est bien l'un des problèmes les plus difficiles qui se posent à la Sécurité Sociale.

Environ 20% seulement des 262 éthyliques signalés en 1963 au centre André LEVEILLE ont pu être reclassés et travaillent encore au début de l'année 1965.

Pour limités qu'ils puissent paraître, si l'on n'en considère que l'aspect quantitatif, ces résultats doivent néanmoins être considérés comme encourageants. Les cas examinés étaient quasi désespérés, ni les médecins du travail, ni les services sociaux des entreprises, ni les caisses primaires n'ayant pu apporter une solution durable. Il suffit de parcourir les fiches d'observation pour que réapparaîssent en leit-motiv les mêmes termes: hospitalisation, licenciement, cure, séparation des époux, etc... On ne saurait oublier que, derrière nos sèches statistiques, se cachent des détresses humaines qu'il faut à tout prix soulager.

Si les résultats quantitatifs ne sont pas plus spectaculaires, cela tient également à plusieurs facteurs que notre analyse a mis en évidence.

Le reclassement professionnel ne peut être que le couronnement et souvent la condition d'une guérison médicale complète et durable de l'éthylique, les réhabilitations personnelle, sociale et professionnelle se conditionnant l'une l'autre.

L'évolution des idées est loin d'être terminée, même chez les praticiens, sur la possibilité et la nécessité sociale de guérir médicalement les alcooliques et de les maintenir au travail. Les employeurs ont encore une tendance trop naturelle à considérer les malades alcooliques comme des "déchets" dont il faut se débarrasser au profit de ceux "qui effectuent consciencieusement leur travail."

Les tentatives de réinsertion dans l'activité économique se font généralement trop tard. Le dépistage systématique et précoce réalisé par exemple sur la région du Nord de la S.N.C.F. est encore difficilement réalisable dans les entreprises moins bien structurées. Cependant le médecin du travail devrait pouvoir jouer un rôle déterminant.

De l'avis des cadres et syndicalistes que nous avons interrogés, la collaboration des organisations syndicales et des associations de buveurs guéris devrait être recherchée pour obtenir que les travailleurs et, en particulier, leurs délégués au sein des comités d'entreprises, prennent eux-mêmes en main la protection des éthyliques contre leur propre faiblesse et leur dégradation professionnelle.

Notre conclusion essentielle est que, pour prévenir et enrayer la déchéance des alcooliques "d'habitude", une action convergente des milieux médicaux, professionnels et syndicalistes devrait mettre en garde tous les travailleurs contre une mauvaise hygiène alimentaire, qui est la cause profonde de l'alcoolisme particulier à la France. Les efforts déployés au sein des entreprises pour reclasser les buveurs guéris sont d'ailleurs souvent conjugués avec une efficace propagande contre l'alcool, notamment auprès des jeunes.

Le bouleversement des structures économiques et sociales peut, sous certains aspects, tendre à supprimer des causes anciennes de l'alcoolisme, mais il est, à d'autres égards, une cause de déséquilibres et de troubles psychiques provoquant l'inadaptation.

Chacun devrait pouvoir trouver, dans le monde de demain, le plein épanouissement de sa personnalité, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales, étant entendu que pour tous les handicapés, y compris les malades alcooliques, tout l'effort social doit tendre à assurer leur réinsertion dans la vie économique de la Nation.

o o

o

- BIBLIOGRAPHIE -

BACLET L'observation du mode de vie des travailleurs libres hébergés dans un foyer hospitalier.
Alcool ou Santé n° 57, p. 30 et 31, 1962.

BERLIOZ Charles - Le rôle de la Sécurité Sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, fléau social.
Santé de l'homme n° 11, p. 102 à 104, 1959.

BINOCHE M.H. - Méthode et Principes directeurs de fonctionnement du Centre d'Hygiène Alimentaire de la région sud-est de la S.N.C.F.
Informations Médicales, n°91, p. 969 à 981, 1963.

BOYER J. Les Grands Fléaux Sociaux. L'alcoolisme.
Précis d'hygiène, p. 559 à 570, 1963.

CONSEIL Le Reclassement et la post-cure des malades alcooliques dans les Télécommunications parisiennes.
Exposé à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme), 14 Avril 1964.

COUET Perspectives des ateliers de réadaptation du "Service Spécial".
Alcool ou Santé n° 57, p. 25 et 26, 1962.

DUBLINEAU Le rôle des entreprises et des centres de traitement dans la stabilisation du buveur désadapté.
Alcool ou Santé, n° 57, p. 13 à 21, 1962.

DUCHENE H. - Difficultés d'une définition de l'alcoolisme.
Vie Sociale, Cahiers du CEDIAS, n° 6, p. 245 à 252 et n° 9, p. 339 à 360, 1964.

DUCHENE H. et BAILLY-SALIN - La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux, son application.
LA Revue du Praticien, p. 443 à 447, 1er février 1964.

ELISSALDE B. - L'alcoolisme chronique et ses complications mentales.
IMMEX, Intoxications Alcooliques, p. 209 à 220, mars 1965.

FAUROBERT Louis - Analogie profonde entre le régime alimentaire du travailleur et du sportif.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 117 à 121, 1963.

FONTAN Michel - L'Alcoolisme Féminin.
Revue du Praticien, p. 419 à 424, 1er février 1964.

FOUQUET Pierre - Apsychognosie.
La Revue de l'Alcoolisme, n° 9, p. 187 à 196, 1963.

FOURASTIE Jean - La civilisation industrielle au XXème siècle.
Congrès de Rouen, 24 - 25 Février 1963.
Alcool ou Santé n° 59 - 60, p. 31 à 41, 1963.

FREOUR, SERISE, COUDRAY et AUBIN - Propos sur l'alcoolisme à l'usage des médecins.
Le Concours Médical, n° 4, p. 523 à 534, 1965.

FRIEDMANN - Le développement contemporain de la civilisation industrielle en France dans ses relations avec l'alcoolisme.
Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 27 à 30, 1963.

GODART J. Alcoolisme et Médecine du Travail.
Revue du Praticien, p. 437 à 440, 1er février 1964.

GOUNELLE Hugues et POINTEAU-POULIQUEN M.A. - Une enquête récente dans la région parisienne. Les boissons alcoolisées dans la ration du travailleur.
Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 57 à 62, 1963.

GRANDVAL Gilbert - Discours à la séance inaugurale du 2ème Congrès National sur l'alcoolisme.
Rouen, 24 Février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 11 à 15, 1963.

GUINARD Le problème de l'hébergement des alcooliques chroniques en cours de réemploi.
Alcool ou Santé, n° 57, p. 27 à 29, 1962.

HAUT COMITE D'ETUDES et d'INFORMATION sur l'ALCOOLISME.
Bulletins d'informations n° 40 et 71.

HEUYER G. Alcoolisme et délinquance.
La Revue du Praticien, p. 407 à 413, 1er février 1964.

HONORE Enseignements tirés des discussions de groupe sur le réemploi des alcooliques chroniques.
Alcool ou Santé, n° 57, p. 33 à 40, 1962.

HONORE et DUBLINEAU - Synthèse et conclusions (Le réemploi de l'alcoolique chronique).
Les Journées de Chelles, 13 et 14 janvier 1962.
Alcool ou Santé n° 57, p. 43 à 52, 1962.

JORDAN Michel - De l'intérêt de la post-cure chez l'éthylique.
Le "Curatorium" de Thun.
Thèse médecine - Clermont-Ferrand, 1961.

KOMAROVER Les déshérités.
Informations sociales n° 10, p. 59 à 63, 1964.

L'unité du processus de réadaptation-reclassement.
Le travail d'équipe.
Notes et documents, publiés par la F.N.O.S.S.
N° 15 et 16, p. 140 à 143, 1964.

LAROCHE Guy - Quelques réflexions sur l'alcool aliment.
Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 63 et 64, 1963.

LAROQUE Pierre - Présentation.
Informations sociales, n° 10, p. 2 à 5, 1964.

LECLAINCHE X. - Allocution au 2ème Congrès National sur l'Alcoolisme.
Rouen, 24 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 8 à 10, 1963.

LE GLAND R. - Une expérience de lutte contre l'alcoolisme sur les chantiers de l'Atlantique à Saint-Nazaire.
Exposé à la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme)
4 décembre 1964.

LE GO, VALETTE, JOURET, PERTUSIER et ROUX -
Organisation de la lutte anti-alcoolique à la S.N.C.F., région nord.
Informations médicales de la S.N.C.F. n° 81, 1961.

LELOUTRE Historique des ateliers de réadaptation du "Service Spécial" de Ville Evrard.
Alcool ou Santé, n° 57, p. 23 et 24, 1962.

LEREBOULLET Jean - La désintoxication alcoolique.
IMMEX: Intoxications alcooliques, p. 195 à 206, mars 1965.
- Avant propos, p. 355 et 356
- Qu'est-ce que l'alcoolisme, p. 359 à 374
- La désintoxication alcoolique - Le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien, p. 449 à 463.
La Revue du Praticien, 1er février 1964.

LLOPIS et SANTO DOMINGO - Concepts et définition de l'alcoolisme.
La Revue de l'Alcoolisme n° 9, p. 197 à 209, 1963.

MALIGNAC L'alcoolisme (P.U.F.) 2ème édition.

MAMELET Discours à la séance de clôture du 2ème Congrès National sur l'alcoolisme.
Rouen, 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 101 à 103.

MAURANGES P. -
Semaine Médicale Professionnelle et Médico-Sociale, p. 75 à 77, 20 février 1965.

METZ B. Possibilité d'utilisation de l'alcotest en milieu de travail.
Exposé à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail".
(Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme)
4 décembre 1964.

MONNIER A. et VERHAEGHE - Conclusions générales au Congrès de Rouen.
25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 103 à 106, 1963.

MONOD R. - La Fatigue - Maladie de la Civilisation.
IMMEX: Intoxications alcooliques, p. 1 et 2, mars 1965.
- Allocution d'ouverture et
- Allocution de clôture au Congrès de Rouen, février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 5 à 8, 1963.

PAUMELLE P. - L'alcoolisme.
Informations sociales, décembre 1957.

PEQUIGNOT G. - L'alcoolisme chronique, maladie de la nutrition.
Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 51 à 56, 1963.

PERRIN P.- L'usage et l'Abus.
Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 65 à 71, 1963.
- En Marge d'un Congrès (Rouen, 24 - 25 février 1963)
La Revue de l'Alcoolisme, n° 9, Editorial, 1963.

PERRIN et SIMON G. - La responsabilité de l'alcoolique.
Revue du Praticien, p. 415 à 417, 1er février 1964.

PERTUSIER - Soins, post-cures et reclassement des malades alcooliques à la S.N.C.F. Nord.
Exposé à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'alcoolisme), 9 juin 1964.

PINGOUD Traumatismes crâniens et reclassement professionnel.
Thèse médecine, Paris 1959.

PIOT G. La Santé de la Famille des Chemins de Fer à Thun et à Malvau.
La Vie du Rail, n° 946, p. 26 à 30, 1964.

PLUVINAGE R. - Les encéphalopathies alcooliques.
IMMEX: Intoxications alcooliques, p. 183 à 192, mars 1965.

PONTILLON - La lutte contre l'alcoolisme à la R.A.T.P. - Effort commun des syndicats et du mouvement "Vie Libre".
Exposé à la séance du Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme, le 12 février 1964.

PREMIER MINISTRE - Extraits du Rapport du Premier Ministre sur l'activité du Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme.
- Discussion du rôle de l'alcool dans l'étiologie de la cirrhose du foie en France. Intérêt des enquêtes par interrogatoire: Travail de G. Péquignot.
- Alcool et Cancer: Travaux de N.D. Schwartz et P.F. Denoix.
- Le traitement des cirrhoses alcooliques ascitiques: Travaux de J. Caroli et G. Péquignot.
Le Concours Médical, p. 2373 à 2388, 11 avril 1964.

PROST Dépistage, soins, post-cure et reclassement des malades alcooliques aux Etablissements Peugeot-Sochaux.
Exposé à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'alcoolisme) 12 février 1964.

RANDOUIN L. - Aspect physiologique de l'alcoolisme, équilibre alimentaire et équilibre fonctionnel.
Conférence à l'Institut d'Etudes sur l'Alcoolisme, mars 1960.

RAYMOND V. - Relation entre l'alimentation et l'alcoolisme.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 122 à 124, 1963.

SAUVY A. Introduction au deuxième Congrès National sur l'Alcoolisme.
Rouen, 24 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 16 à 26, 1963

S.N.C.F. région du Nord - Organisation générale et médecine de soins.
Rapport annuel 1963.

SOULE G. Activités du Mouvement "Vie Libre" dans l'entreprise.
Exposé à la séance de la Commission "Alcoolisme en milieu de travail" (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme) 9 juin 1964.

TARA S. La boisson du travailleur en dehors des repas.
Communication au Congrès de Rouen, 24 février 1963.

TREMOLIERES J. - Place des Boissons Alcooliques dans la ration alimentaire. Congrès de Rouen, 24 - 25 février 1963.
Alcool ou Santé, n° 59 - 60, p. 42 à 50, 1963.

VALETTE - Intervention à la 5ème réunion des médecins d'établissements de la S.N.C.F. - Paris, 29 - 30 mai 1964.
- Les causes médicales d'inaptitude à l'admission à la S.N.C.F.
Informations Médicales, n° 96, p. 205 à 207, 1964.